UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 35

L'APPENDICITE ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL LA DIAZO-RÉACTION D'EHRLICH

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Décembre 1934

PAR

NGUYEN VAN BON

Diplômé d'études supérieures d'Education Physique Médicale.
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale
de l'Université de Bordeaux.

Né à An-hôi (Mytho) (Cochinchine) le 31 juillet 1907

Examinateurs de la Thèse

MM. SABRAZÈS, professeur ..... *Président*
DUPÉRIÉ, professeur .....
DAMADE, agrégé ..... *Juges*
DE GRAILLY, agrégé .....

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

1934

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543914_0048

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1934-1935

N° 35

L'APPENDICITE ET LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CONTRIBUTION AU DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL LA DIAZO-RÉACTION D'EHRLICH

Thèse pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Décembre 1934

PAR

NGUYEN VAN BON

Diplômé d'études supérieures d'Education Physique Médicale.
Diplômé de l'Institut de Médecine coloniale
de l'Université de Bordeaux.

Né à An-hôi (Mytho) (Cochinchine) le 31 juillet 1907

Examinateurs de la Thèse

MM. SABRAZÈS, professeur ..... *Président.*
DUPÉRIÉ, professeur ..... *Juges*
DAMADE, agrégé ..... *Juges*
DE GRAILLY, agrégé ..... *Juges*

BORDEAUX

Imprimerie J. BIÈRE, 18-20-22, rue du Peugue

—

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

Doyen ..... M. MAURIAC
Assesseur ..... M. GUYOT
Doyen honoraire ..... M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH
RIVIÈRE, BARTHE, DENIGES, SELLIER, BEILLE, CASSAET, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	MAURIAC. DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale	BEGOUIN.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.
Pathologie et thérapeutique générales	CARLES.
Clinique d'accouchements.	ANDERODIAS.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	SABBAZES.
Anatomie	VILLEMIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.
Hygiène	LEURET.
Médecine légale et déontologie	LANDE
Electroradiologie et clin. d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	DUPOUY.
Zoologie et parasitologie.	MANDOUL
Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique ophtalmologique.	TEULIERES

	MM.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ROCHER
Clinique médicale des maladies des enfants	CRUCHET
Chimie biologique et médicale	DELAUNAY
Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Médecine coloniale et clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	PETGES.
Clin. des mal. des voies urinaires	DUVERGEY
Clinique des maladies nerveuses et mentales	ABADIE
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Hydrologie thérapeutique et climatolcgie	CREYX
Clinique dentaire	CAVALIE.

LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales).
PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	DUBECQ.
Anatomie	DUFOUR.
Physiologie	FABRE.
Médecine générale	DAMADE. PIECHAUD. DELMAS-MARSALET. DE GRAILLY FONTAN

	MM
Chirurgie générale	CHARRIER. LOUBAT.
Obstétrique	RIVIERE.
Ophtalmologie	BEAUVIEUX
Oto-Rhino-Laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
Physique médicale	WANGERMEZ
Chimie générale pharmaceutique et toxicologie	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Physiologie	FABRE
Médecine opératoire	PAPIN
Accouchements	PERY.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.

	MM.
Ophtalmologie	CABANNES (en congé
Puériculture	FAUGERE
Pharmacie chimique	VITTE
Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes ..... MM. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MERE. — A MON PERE

Témoignage de ma reconnaissance et de mon affection.

A Monsieur NGUYEN VAN PHAM

INSTITUTEUR A SAIGON

Mon cher frère,

Ton dévouement inlassable et ton courage dans l'adversité ont fait de moi ce que je suis.

Puis-je te donner un jour la preuve de ma sincère gratitude !

A TOUS LES MIENS — A TOUS MES AMIS

A MES GRANDS AMIS

MM. THAI-MINH-KIM
HUYNH-VAN-DIEN
NGUYEN-VAN-NAM

Trés cordialement.

A MON ANCIEN MAITRE

Monsieur Emile FOURNIER-FABRE

PROFESSEUR DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DES GENS DE LETTRES DE FRANCE
OFFICIER DU LION BLANC

En déférent hommage.

A Monsieur LUU-VAN-LANG

PRÉSIDENT DE LA S. A. M. I. P. I. C.
INGÉNIEUR DES PONTS ET CHAUSSÉES A SAIGON

En témoignage reconnaissant de sa bienveillance à mon égard.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE DE MEDECINE ET DES HOPITAUX

DE BORDEAUX

AUX JUGES DE MA THESE

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. SABRAZES

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET DE MICROSCOPIE
CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
MEMBRE ASSOCIÉ DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN-CHEF DU SERVICE DES CONTAGIEUX
A L'HOPITAL D'ISOLEMENT
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Mon cher maître,

Durant mes études, j'ai pu apprécier la clarté, la précision, la sagesse de votre enseignement. J'ai été séduit par vos grandes qualités de justice, de bienveillance, de modestie, qui, seules, sont l'apanage de nos grands Maîtres. Vous me faites aujourd'hui le grand honneur de présider cette thèse dont vous m'avez inspiré le sujet et guidé mes recherches.

Permettez-moi de vous exprimer ici l'hommage de mes respects et de ma très profonde gratitude.

AVANT-PROPOS

Enfin... nous voici au terme de nos études !

Que de chemin parcouru... après six années d'assiduité, d'espoir et d'enthousiasme ! A la pensée de quitter à tout jamais cette grande famille universitaire, nous revivons les impressions du début de nos études...

La première fois où nous avions franchi le seuil de ce bâtiment mystérieux, illuminé tard le soir, bruyant de jeunesses, notre attention s'est portée sur les deux déesses *Scientia et Natura* qui se regardent d'un mutuel défi !

Sont-ce deux antagonistes jalouses de leur puissance ? La nature ne s'acharne-t-elle pas à détruire ce que la science a construit ?

Sont-ce deux sœurs jumelles vivant en parfaite intelligence ? C'est en effet possible, puisque la science, malgré ses merveilleux progrès, observe de près les lois de la nature qui règne en souveraine toute-puissante !... Perpétuelle énigme teintée d'ironie sur laquelle semblent méditer les fronts pensifs de nos grands maîtres : Lavoisier, Bichat et Laënnec... C'est dans ce bâtiment dont la renommée fait autorité que nos maîtres éminents nous ont prodigué la science, l'art, l'humanité.

C'est aujourd'hui, véritable consécration du Doctorat que nous quittent nos guides précieux et bienveillants !... Seul livré à la vie, il ne nous reste pour tout bagage médical que nos pratiques acquises et leurs enseignements cliniques éclairés.

Que tous nos maîtres de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux veuillent bien trouver dans ces modestes pages, en déférent hommage, la profonde gratitude de l'élève respectueux.

INTRODUCTION

Il est peu de maladies qui aient été étudiées dans ces dernières années avec autant de soin que l'appendicite, et l'étude entreprise sur cette question depuis le jour où Mélier en 1827 en indiqua les principaux caractères jusqu'aux plus récentes monographies est immense. Le nombre des auteurs qui y ont collaboré est considérable, nous nous excusons de n'en citer dans le courant de cet exposé qu'un petit nombre. Une étude bibliographique plus étendue dépasserait les limites de ce modeste travail et ne répondrait pas au but que nous nous sommes assigné.

D'ailleurs si les travaux que l'appendicite a suscités sont nombreux, nombreuses aussi sont les diverses théories qui ont été émises sur sa pathogénie, ainsi que les discussions relatives à l'opportunité du traitement opératoire.

A peine cette affection était-elle isolée de l'ancienne typhlite et décrite comme maladie autonome que deux camps se dessinèrent parmi les chirurgiens suivant qu'ils préconisaient l'intervention immédiate dont dépend la vie du malade, ou la temporisation et l'extirpation tardive à froid, soutenue par des auteurs non moins convaincus. Quelque grande que soit la divergence des avis, il ne reste pas moins vrai que les discussions sans nombre qui en ont été la conséquence immédiate apportent de notables progrès dans le traitement rationnel de l'appendicite. Bien individualisée, bien caractérisée, l'appendicite symptomatique ne présente plus de secret pour personne ; par contre les formes atténuées frustes anormales sont d'un diagnostic délicat, mettant le médecin perplexe dans la conduite à tenir. En d'autres termes, en dépit

des descriptions magistrales, le problème n'est pas résolu, tant l'étude clinique et diagnostique de cette affection souffre de nombreuses lacunes. Notre intention n'est point de résoudre ces réelles difficultés, cependant nous appuyant sur des observations cliniques, nous entourant des éléments d'appréciation de laboratoire, nous essayons d'apporter une modeste contribution de diagnostic à l'épineux problème.

Tandis que nous trouvons dans la littérature médicale plusieurs mémoires traitant le diagnostic différentiel de l'appendicite avec l'occlusion intestinale, l'uléus cœcal, la salpingo-ovarite (forme pelvienne de l'appendicite), les coliques hépatiques et néphritiques c'est à peine si les auteurs signalent l'erreur possible avec la fièvre typhoïde.

Bien que le diagnostic de l'appendicite aiguë ou chronique soit actuellement assez aisé, il ne reste pas moins des cas où le clinicien hésite entre une fièvre typhoïde et une appendicite aiguë. C'est surtout lorsque les douleurs dans la fosse iliaque droite sont plus marquées que dans les cas habituels, qu'on se demande s'il ne s'agira pas d'une appendicite.

Il n'est pas exceptionnel du reste que le tissu lymphadénoïde de l'appendice soit partie prenante dans les lésions que suscitent le bacille typhique ou paratyphique. Aussi, n'est-il pas indifférent de chercher encore des procédés de diagnostic différentiel entre les états typhoïdes et les appendicites aiguës. L'état du sang est à ce point de vue très instructif, mais ce n'est pas la question qui nous occupe dans cette thèse ; ell a été traitée notamment par des élèves du professeur Sabrazès, MM. les docteurs Mora[1] et Mathis.

Notre but dans le présent travail a été de rechercher à l'instigation et sous la direction du professur Sabrazès si la Diazoréaction d'Ehrlich très fréquemment constatée dans les typhoïdes et paratyphoïdes existe ou non dans les appendicites aiguës.

1. Mora, thèse de Bordeaux, 1928.

D'ailleurs, dans l'observation II que j'extrais de la *Semaine Médicale* de M. Rendu, on verra qu'il s'agissait d'une erreur de diagnostic, erreur qui aboutit à faire opérer pour une appendicite alors que la malade avait une typhoïde fruste ainsi que l'a confirmé la nécropsie.

De pareilles erreurs, parfois inévitables malheureusement, sont douloureuses à déplorer, mais dont la publication est nécessaire pour les signaler aux autres. Ayant observé ces confusions malencontreuses dans sa longue carrière, M. le professeur Sabrazès nous a inspiré de rechercher des cas analogues pour en faire notre sujet de thèse.

Mais comme tout diagnostic différentiel repose essentiellement sur l'étude comparative et raisonnée des signes cliniques des affections en présence, appuyée d'ailleurs sur les résultats de laboratoire, nous avons été tout d'abord conduit à nous demander dans quel cas et sous quelle forme la typhoïde et l'appendicite peuvent échanger cliniquement de masque ou s'associer intimement. Notre travail se divise donc en deux parties :

1. L'étude clinique succincte de l'appendicite et de la ty-typhoïde,

2. Le diagnostic différentiel laissant sciemment de côté les formes aiguës bien caractérisées, symptomatiques. Dans la première partie, nous passerons en revue les formes cliniques des fièvres typhoïdes pouvant simuler une appendicite. Dans le second, nous chercherons sur quelles bases il est permis d'étayer un diagnostic différentiel auquel nous joignons à l'appui nos examens cytologiques de laboratoire. Les observations qui suivent parleront en faveur de nos investigations cliniques.

Cependant, auparavant, qu'il nous soit permis d'exprimer publiquement notre sincère gratitude à M. le doyen et MM. les professeurs de la Faculté et des Hôpitaux de Bordeaux, qui ont généreusement contribué à notre formation médicale.

Nous sommes également très sensible au grand honneur

que M le professeur J. Sabrazès nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse dont il est l'inspirateur.

Les quelques essais de la Diazo-réaction d'Ehrlich appliquée aux appendicites sont réalisés au laboratoire de pharmacie de l'Hôpital du Tondu où nous avons trouvé l'aimable accueil et la collaboration éclairée des deux internes tutélaires, Mlle Cornilliet et M. Kergonou.

Qu'ils soient tous sincèrement remerciés.

CHAPITRE I

MODALITES CLINIQUES DE L'APPENDICITE ET DE LA FIEVRE TYPHOIDE.

Notre intention n'est pas, dans ce chapitre, de présenter un tableau complet de tous les signes cliniques appartenant à la fièvre typhoïde ou à l'appendicite, ainsi que les formes variées que peuvent revêtir ces deux affections. Procéder ainsi serait prolonger sans intérêt cette étude, qui, d'après nous, doit nous fournir les principaux éléments de diagnostic différentiel que nous étudierons dans le chapitre suivant, plutôt qu'une étude symptomatique dans laquelle nous ne pourrions que répéter tout ce que nous avons appris dans les classiques. Bref, nous nous cantonnons exclusivement dans l'étude des formes anormales de la typhoïde qui peuvent simuler une appendicite.

En effet, une typhoïde régulière d'intensité moyenne, évoluant sans complication ne présente que de lointaines ressemblances qui ne nous permettent pas de confondre avec une appendicite ; il existe par contre des formes anormales, et elles sont nombreuses, dans lesquelles toutes les hésitations sont permises. Tout d'abord nous devons citer les formes légères de la dothiénentérie, dans lesquelles la fièvre est modérée ; les taches rosées peuvent être discrètes, quelquefois abondantes d'après certains cliniciens dans les pronostics graves. Le catarrhe bronchitique peut être nul, la céphalalgie peu intense. En raison de leur bénignité d'allure, on serait tenté de porter le diagnostic de typhoïdette reposant uniquement sur la douleur légère de la fosse iliaque droite accompagnée d'un

peu de céphalalgie et d'une augmentation très peu marquée du volume de la rate. Il n'est pas rare de voir l'absence complète d'une diarrhée, que remplace une constipation. En outre, dans le typhus *ambulatorius*, bien souvent le malade vaque à ses occupations journalières, tant cette forme est légère. Dans d'autres typhoïdes atténuées, apyrectiques évoluant sans fracas, le séro-diagnostic et l'hémoculture permettent seuls d'affirmer la nature de la maladie. Tous ces cas peuvent simuler à l'occasion un début d'appendicite à forme larvée, laquelle se manifestant par une douleur modérée à la fosse iliaque droite avec embarras gastrique, est loin cependant d'être exceptionnelle.

Nombre d'appendicites débutent par un syndrome d'entérocolite avec diarrhée persistante, ainsi que prouvent nos observations VII et X. D'autre part, Broca[1] nous apprend qu'il existe des appendicites à évolution très lente et presque « apyrectique, à début insidieux où les masses plastiques nota- « bles et étendues, avec ballonnement considérable du ventre, « cachent facilement le foyer purulent ». Un pareil syndrome appendiculaire est de nature à nous induire en erreur possible avec une typhoïde très légère ! Bien plus, une typhoïde légère peut se compliquer brusquement d'une péritonite suraiguë par propagation ou par perforation, absolument comme une appendicite à début insidieux de Broca, on conçoit dès lors combien dans ce cas le diagnostic est rendu malaisé !

Si les formes légères de typhoïde nous préoccupent au premier plan, en raison de ses rapports communs avec certaine appendicite, avons-nous dit, néanmoins ne perdons pas de vue que les formes graves de typhoïde peuvent encore prêter à la confusion. Nous voulons parler des formes sévères, lesquelles, par l'intensité des signes nerveux ou hémorragiques épousent la symptomatologie d'une méningite, d'une granu-

1. *L'appendicite*, p. 35.

lie, d'une typho-malaria ou toute autre affection que l'appendicite. Mais nous n'ignorons pas qu'il y a des formes graves, à prédominance de signes abdominaux par suite du retentissement précoce et intense de l'intestin sur le péritoine, alors que l'état général se trouve peu amendé. Tout concorde à nous démontrer que rien n'est plus variable que l'intensité des différents symptômes d'une typhoïde, raison pour laquelle tous les typhiques ne présentent pas nécessairement les mêmes symptômes morbides; tel malade faisant au maximum du météorisme, avec douleur à la fosse iliaque droite et diarrhée, alors que les taches rosées lenticulaires sont très discrètes la bronchite peu marquée, les signes nerveux nuls ou à peine ébauchés.

De nos jours, certains auteurs tendent à admettre qu'une éruption abondante de taches rosées est en faveur d'une typhoïde moyenne légère, de pronostic plutôt favorable; malheureusement en vérité cette éruption n'apparaît qu'à partir du 7e ou 8e jour de la période d'état. Un médecin appelé en présence d'un de ces cas avec prédominance du météorisme et des signes abdominaux, aurait vite porté le diagnostic d'appendicite, à plus forte raison, il sera encore plus embarrassé dans les cas qui s'accompagnent d'une péritonite précoce ou d'une perforation.

Si les débuts brusques et l'hyperthermie plaident plutôt en faveur d'une appendicite, la réalité clinique nous apprend que les typhoïdes à 39°, 40°, au début, semble-t-il, sont loin d'être exceptionnelles. Devant pareille confusion du moins pour le cas qui nous occupe, attendre le sérodiagnostic de Widal serait exposer la vie du malade. Nous croyons qu'une numération systématique des globules blancs du sang, préconisée par le professeur Sabrazès, Hayem et Curschmann (1886) trouve ici son indication. L'examen hématologique, simple et rapide, à la portée de tout le monde nous permet de nous fixer sur la nature de l'infection en cause. Retenons les énoncés du professeur Aimé Guinard,

dans son *Traité de Chirurgie abdominale* (p. 362) au sujet de l'appendicite :

« Leucocytose légère de 8.000 à 20.000, il s'agit d'une crise bénigne. Leucocytose plus notable, mais éphémère de 20.000 à 25.000, la crise pourrait se résoudre. »

» Leucocytose intense et permanente (50.000) et au delà c'est la suppuration qui s'établit. »

Nous passons sous silence l'éosinophilie de 1 à 2% observée fréquemment du 4e au 8e jour de l'appendicite au point que certains auteurs voulaient en faire un signe de présomption d'appendicite ; malheureusement selon MM. Bezançon et Labbé cette éosinophilie se confond trop avec celle de la convalescence pour qu'on puisse lui attribuer une certaine valeur. Si le malade a concurremment une helminthiase, le problème se complique, car on ne sait à quelle affection se rapporte cette éosinophilie (Millian).

En résumé, l'appendicite et la typhoïde dans les formes moyennes présentent de réelles difficultés de diagnostic tant leurs allures sont analogues. Le médecin est obligé de recourir aux examens de laboratoire pour pouvoir se prononcer. En pratique, dans les cas qui prêtent à la confusion, les signes cliniques sont parfois quasi superposables dans les deux affections, par ordre d'importance et de fréquence citons les douleurs à la fosse iliaque droite avec ou sans gargouillement, le météorisme, la température plus ou moins élevée des premiers jours, l'entérocolite et la diarrhée.

A part ces symptômes communs, il en existe qui appartiennent en propre à chacune des deux maladies qui nous occupent. *a*) La défense musculaire plus marquée, l'absence des signes pulmonaires, l'état du pouls et les signes de la péritonite, lorsqu'elle existe, seraient en faveur de l'appendicite.

Par contre la bronchite, la céphalalgie intense du début, l'épistaxis, l'insomnie, l'éruption des taches rosées lenticulaires après le huitième jour de la période d'état, l'accessibilité de la rate au palper, plaident en faveur de la typhoïde.

Nous passons en revue les symptômes communs aux deux affections et ceux leur appartenant en propre sans trop appuyer sur leur valeur séméiologique que nous traiterons dans le prochain chapitre.

D'ores et déjà, il ressort de cet aperçu que le diagnostic de la typhoïde et de l'appendicite est particulièrement difficile à porter, surtout lorsqu'un ou plusieurs symptômes cardinaux font défaut.

Nous insisterons volontiers sur le chapitre du diagnostic différentiel des appendicites et des typhoïdes, attendu que le clinicien est appelé à résoudre des cas embarrassants mal caractérisés. Nous ne faisons que relever ici les principales causes d'erreur historiques, c'est ainsi que la colique appendiculaire a pu être confondue avec la colique néphrétique (cas de Letulle), la colique hépatique, l'occlusion intestinale, la colique saturnine (Sergent[1] et Prentiss Lord[2]). L'appendicite peut être prise pour une péritonite tuberculeuse[3], plus fréquemment pour une salpingite ou encore pour une typhoïde. Nous n'insisterons pas davantage sur les ressemblances symptomatiques entre la salpingo-ovarite et l'appendicite, que nous citons ici pour mémoire, les points douloureux n'étant pas les mêmes; de même nous renvoyons au *Traité de chirurgie de* Le Dentu et de P. Delbet la magistrale étude sur les lésions de l'appendice et celles des annexes dont les rapports intimes sont indéniables. Toutefois nous ne retiendrons que ceux qui ont trait au diagnostic avec la typhoïde.

Dans un cas remarquable qui fait l'objet de notre observation I, il s'agissait d'une femme prise de courbatures et d'accidents fébriles, admise dans le service des contagieux du professeur Sabrazès. En présence de l'anorexie, de la constipation tenace, d'asthénie profonde et d'une toux sèche, le diagnostic restait hésitant. La malade était entrée la veille avec le diagnostic de typhoïde de son médecin traitant. Quelques

1. Sergent, *Presse médicale*, 1899.
2. *Journal of Amer. Med. Assoc.*, 15 avril 1899.
3. Broca, *loc. cit.*

jours plus tard, la malade était prise d'un frisson intense avec accès de fièvre suivi d'une transpiration abondante. L'examen montrait une douleur assez nette au point de Mac Burney; deux jours après elle a eu une sensation de froid durant une demi-heure, à la suite de laquelle elle se plaignait des douleurs parasternales, des douleurs accusées à la fesse et à la cuisse. La diazo-réaction et l'hémoculture pendant un accès fébrile (40°3) étaient entièrement négatives. Numération globulaire :

Hémoglobine	75%
Globules rouges	3.255.000
Globules blancs	34.720

Aucun bacille de Koch dans les crachats.

Pas d'hématozoaire à l'examen du sang au cours d'un accès fébrile. La trouvant trop faible, la famille la transportait chez elle où elle mourut deux heures après, en toute lucidité d'esprit.

Nous avons pu retrouver plusieurs observations analogues antérieurement publiées, deux de Moizard[1], une de Kirbrige, rapportée par Talomon[2], une de M. Jalaguier[3], une autre de Maurange[4]. Enfin, nous devons citer une étude de M. le professeur Dieulefoy[5] sur le même sujet.

D'autres auteurs ont à peine signalé la possibilité du diagnostic différentiel mais sans en faire l'objet d'une étude spéciale. C'est cette étude que nous devons maintenant entreprendre en nous aidant des résultats de laboratoire pour étayer un diagnostic dans les cas douteux.

1. Moizard, *Journal de méd. et de chirurg. pratiques*, juillet 1895.
2. Talomon, *L'appendicite*.
3. Jalaguier, *in Traité de chirurgie*.
4. Maurange, *Gaz. hebd.*, 28 septembre 1899 .
5. Dieulefoy, *Presse médicale*, 28 octobre 1896.

CHAPITRE II

LESIONS DE L'APPENDICE DANS LES FIEVRES TYPHOIDES ET PARA-TYPHOIDES

La typhoïde, dénommée avec raison dothiénentérie par Bretonneau, intéresse électivement les anses grêles dont le maximum de lésions se localise aux plaques de Peyer : rien d'étonnant pour nous de voir que ces lésions anatomiques sont des sources de complications. mettant la vie du malade en danger, à savoir : l'hémorragie, la perforation, l'appendicite (obs. X) et la colite ulcéreuse.

L'hémorragie résulte d'un processus local, dont le siège fréquent est la lésion même de l'intestin typhique. Quelquefois l'hémorragie est précoce, il paraît que ce soit la conséquence directe d'une poussée hyperhémique des vaisseaux mésentériques, le plus souvent elle est due à l'ulcération d'une artériole au niveau d'une plaque lymphoïde, rongée, corrodée. Cette explication quoique satisfaisante n'explique pas tout le problème de l'hémorragie, elle reconnaît en autres causes, le processus de nécrose avancée de l'anse et surtout de l'élimination subite d'une escarre. Jenner et Hamesnyk ont démontré en faveur de cette dernière hypothèse, en injectant dans l'artère mésentérique des liquides colorés qu'ils voient sourdre à la surface d'ulcérations détergées.

Enfin Roger et Widal ont pu remarquer que si l'hémorragie est peu fréquente dans les typhoïdes, c'est grâce aux *artériolites oblitérantes aiguës* qui rétrécissent la lumière des vais-

seaux. Depuis, aucune contestation n'a été portée contre ces artério-capillarites à tendance oblitérante[1].

S'il est permis au médecin de penser à l'hémorragie intestinale si fréquente dans les fièvres typhoïdes, il ne reste pas moins que les statistiques d'Homolle — sur 10.000 documents — montrent un pourcentage de 5 %. L'hémorragie dépend de plusieurs facteurs; c'est ainsi que l'enfant présente rarement la forme hémorragique, elle est exceptionnelle. Le facteur épidémique trouve ici sa place prépondérante étant donné que les conditions cosmiques, hygrométriques varient d'intensité d'une année à l'autre.

Nous citons pour mémoire l'épidémie typhique parisienne de 1882 qui était particulièrement hémorragique (Milliard)

Quoi qu'il en soit, l'hémorragie ne s'envisage que dans les formes graves, tardivement traitées, à diarrhées profuses; néanmoins, elle s'observe également dans les formes légères et même ambulatoires. Il va sans dire que l'état général y compte pour beaucoup. C'est ainsi que le diabète, en raison de l'hypertension artérielle prédispose souvent à ces accidents.

L'hémorragie survient entre le deuxième et le quatrième septenaire; elle est rare à la première semaine et à l'approche de la convalescence, mais devient très fréquente à la deuxième et troisième semaine. Enfin certaines rechutes se compliquent d'hémorragie. En clinique, l'hémorragie est un accident souvent imprévu. P. Tessier attachait un symptôme précurseur de l'hémorragie par « l'élévation passagère de la tension artérielle et la disparition du dicrotisme du pouls ». L'hémorragie abondante est toujours grave de pronostic et fertile en complications.

1° Tantôt l'hémorragie est minime, se traduisant par quelques traces de sang dans les déjections; certaines sont inaperçues tellement elles sont discrètes, à moins qu'on ne veuille recourir aux réactions de Kastle-Meyer ou de Weber,

1. « Origine hématogène de certaines appendicites aiguës », *Bulletin de l'Acad. de Médecine*, 22 octobre 1912, p. 280.

2° Si l'hémorragie dépasse 200 à 300 grammes, on la reconnaît à l'aspect goudronné de la selle.

3° Si l'hémorragie dépasse un litre, on a ici affaire à un drame abdominal : le sang rutilant mêlé de gros caillots mous inonde le drap, coule sur le plancher à tel point qu'on ait l'idée qu'une artère saigne sans arrêt. Ici les signes généraux sont au maximum, c'est le tableau classique de toutes les anémies, pâleur cireuse de la face, décoloration marquée des muqueuses, tintement d'oreille, lipothymie, pouls petit et imperceptible. Entre temps, la température accuse une chute brusque et rapide, puis remonte plus haut qu'avant si le cas est favorable, quitte à recommencer de nouveau dans les heures qui suivent. Si l'hémorragie est unique, les selles suivantes sont de moins en moins colorées. Si l'hémorragie se répète les matières seront uniformément hématiques en même temps qu'apparaissent les symptômes généraux de déperdition sanguine marquée !

La gravité de l'hémorragie des typhiques prête à discussion. Trousseau et Graves n'y voient pas de gravité, bien au contraire, ce serait un signe de bon augure. Pour Roger et Widal, l'hémorragie demeure un phénomène redoutable, d'une gravité exceptionnelle; elle signale l'ulcération active une nécrose avancée, bref, c'est le prélude d'une perforation intestinale imminente ! Selon Liebermeister, 27% d'hémorragies sont fatales; nous acceptons avec Homolle la mortalité de 44,5%. La mort peut être foudroyante. En clinique on observe des mortalités survenues au bout de quatre heures ou du trois au quatrième jour.

La perforation intestinale est le résultat de l'ulcération doublée de nécrose avancée : tout le monde est d'accord sur cet incident redoutable et dramatique (Mondor). Il va de soi que toute perforation exige une intervention chirurgicale d'urgence où toutes les minutes se comptent. Cet accident si redoutable de conséquence est heureusement peu fréquent; sur 600 cas publiés par Villaret pendant la grande guerre, le pourcentage semble osciller aux environs de 2%, ce qui con-

corde bien aux statistiques de Murchinson, Griessinger et Flint. De nombreuses observations établissent la fréquence grande chez l'homme plus faible chez la femme et la rareté chez l'enfant. Les Anglo-Saxons y sont prédisposés surtout dans les formes moyennes et malignes. Quant à la date de son apparition, elle est très variable elle survient fréquemment dans les troisième et quatrième septenaires de la maladie.

Certains auteurs signalent la perforation au décours même de la convalescence. Les circonstances qui accompagnent le drame abdominal sont multiples : on incrimine les gros écarts de régime, les efforts de défécation et la balnéation. Notons également que certaine perforation se fait sans aucune raison clinique décelable, c'est très probablement l'aboutissant d'une ulcéro-nécrose méconnue qui minent les follicules intestinaux. Triboulet attache une importance particulière à la « diarrhée profuse » des typhiques accompagnée du maximum de douleur abdominale très tenace. Jenner et Murchinson croient au « météorisme abdominal » excessif qui marque souvent une hémorragie intestinale importante; signalons certaines conditions favorisantes de ce drame abdominal tels que les efforts de vomissements ou la purgation intempestive.

Sa symptomatologie est variable au point que Dieulafoy, Chantemesse, Villaret, L. Bernard et Tuffier les groupent en deux types cliniques très différents :

1° Un type bruyant, vraiment dramatique;

2° Un type insidieux, à symptomatologie obscure, de diagnostic délicat !

La « forme bruyante dramatique de Mondor » survient dans les formes bénignes ou même ambulatoires (obs. IX). Le tableau est celui de la perforation intestinale traumatique, ou celle succédant à un ulcère de l'estomac ou du duodénum. Brutalement le malade ressent une douleur atroce « en coup de poignard » correspondant primitivement à la fosse iliaque droite pour s'irradier secondairement dans tout l'abdomen. Bientôt s'établit progressivement un état lipothymique auquel s'ajoutent les divers symptômes de péritonite aiguë, avec

des frissonnements, nausées, vomissements bilieux porracés, anurie. En peu de temps on voit un facies anxieux, grippé, et un météorisme accusé, avec défense musculaire et hypeesthésie marquée; une dyspnée du type costal supérieur par suite de l'immobilité du diaphragme, un pouls rapide et petit; bientôt apparaissent les phénomènes de collapsus qui emportent le malade.

Plus fréquente est la forme insidieuse qui se résume à peu de signes; facies altéré, quelques rares vomissements, un léger état lipothymique, bref le tableau est celui de ces péritonites latentes que Dupré a dénommées « péritonites asthéniques ». Ces symptômes discrets dépendent du siège de perforation, du processus de cloisonnement intrapariétal qui limitent au minimum le drame abdominal avorté. C'est ainsi que s'explique la mort des malades chez qui nous portons trop facilement le diagnostic d'accident cardiaque alors que la nécropsie démontre une perforation insidieuse. Murchinson conseille d'examiner minutieusement tout malade à facies grippé, terreux, aux yeux subitement excavés, aux lèvres cyanosées et dont le pouls est petit et misérable. Souvent on est surpris de voir concurremment une distention abdominale qui nous précise le diagnostic. N'attendons donc pas l'apparition des signes de péritonite pour intervenir chirurgicalement; à ce stade de perforation, le malade peut être sauvé opératoirement alors que la perforation avec péritonite assombrit de beaucoup le pronostic ! D'autre part, la courbe thermique se modifie brusquement en une chute marquée. Ensuite s'installe l'hyperthermie accompagnée d'une ascension thermique qui n'a rien de commun avec celle que l'on remarque dans l'hémorragie intestinale. Le pouls se modifie insensiblement pour avoir une valeur pathognomonique intéressante; certains auteurs signalent un synchronisme entre le pouls et la température. Bien plus importantes sont les modifications du facies, malheureusement ces signes sont trop tardifs pour nous révéler en temps opportun la gravité de la perforation

Nous insistons volontiers sur trois points qui retiennent l'attention de divers auteurs, à savoir :

1° La douleur;
2° La défense musculaire;
3° Le météorisme.

La douleur est un signe précoce, un avertisseur de grande valeur diagnostique. Selon ses degrés, la douleur peut être pongitive, aiguë, se calmant très vite pour ne reparaître que dans les 24 heures qui suivent, c'est-à-dire au moment où une péritonite s'amorce. Faisans est allé jusqu'à dire que :

« La douleur qui survient sans raison nette chez un typhique au troisième septenaire, que ce soit une douleur en coup de poignard ou une douleur sourde, qu'elle siège à l'ombilic ou dans la fosse iliaque droite, doit faire penser à une perforation intestinale. »

Un tel malade, conseille Chantemesse, doit être examiné d'heure en heure, pendant trois ou quatre heures; d'autres symptômes viendront confirmer notre diagnostic.

La défense musculaire, signe de premier ordre, se recherche avec beaucoup de douceur et de patience. Dans les premières heures, celle-ci se localise de préférence au côté droit du ventre pour s'étendre dans tout l'abdomen quand la péritonite s'annonce d'emblée.

Enfin le météorisme progressif et marqué est un bon signe adjuvant de valeur à condition qu'il soit suivi de tympanisme hépatique et de dyspnée à type costal supérieur par immobilité du diaphragme. Pour être complet, ajoutons quelques signes accessoires qui ont leur importance clinique : ce sont le hoquet, la dysurie, les vomissements. Un seul symptôme ne suffit pas pour édifier le diagnostic. Chantemesse est d'avis qu'on pratique des examens en série d'heure en heure pour assister aux moindres modifications d'une scène qui se déroule avec rapidité.

En résumé, la perforation intestinale typhique se termine souvent par la mort (obs. IX) dans la proportion de 95% de cas non opérés (Murchinson), de 78% de cas opérés (Société de chirurgie, 1908). Le malade est emporté dans l'espace de trois à quatre jours. S'il y a alternative trompeuse d'aggravation et d'amélioration, la mort survient vers le neuvième ou

dixième jour. Selon les observations cliniques, la survie consécutive à une perforation avec péritonite n'est guère possible.

Appendicite typhoïdique

Murchinson, Millard, Morin ont magistralement décrit des lésions appendiculaires post-typhiques. Sans parler des rapports non moins édifiants de Bouteau, Lees, Letulle, Moizard, la communication de Dieulafoy, en octobre 1896, à l'Académie de médecine en fait foi. Plus tard, la thèse de Coulomb a éclairci nos connaissances sur ce sujet. Tous les autres s'accordent pour admettre une complication possible de la fièvre typhoïde bien qu'elle soit loin d'être de règle.

Néanmoins, l'appendicite typhoïdique se présente cliniquement dans trois conditions bien déterminées.

Survient-elle à la période d'état, sa symptomatologie se superpose à celle des perforations intestinales sus-décrites. Seule l'autopsie tranche la localisation appendiculaire, avec des lésions caractéristiques.

Survient-elle à la période de début alors que l'état typhoïde est à peine ébauché, le laboratoire seul pourra nous statuer sur l'appendicite d'origine éberthienne. Tel fut le cas d'une malade atteinte d'une appendicite compliquée de péritonite généralisée mortelle due à la septicémie au para B, confirmée par l'hémoculture (Roger et Widal).

A ce sujet, Moizard a rapporté l'observation d'un enfant faisant une typhoïde débutée par une crise appendiculaire.

Nous-même, en janvier 1934, durant notre stage dans le service chirurgical du professeur Bégouin, à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux, nous avons eu l'occasion d'observer une malade opérée d'une appendicite chronique dont l'origine remontait en 1931, au cours d'une typhoïde grave avec séquelle cardiaque pour laquelle elle a été traitée dans le service du professeur Mauriac (obs. X).

D'autres fois, — et ceci est le plus fréquent —, c'est l'appen-

dicite survenue au décours de la convalescence typhoïdique; donc c'est là une appendicite métatyphique qui ne présente rien de particulier. On peut la confondre cliniquement avec une appendicite banale à symptomatologie classique.

Pour être complet, nous devons citer les colites ulcéreuses post-typhiques qui préparent les typhlites et les périviscérites. Des travaux récents signalent également des myélites et polynévrites métatyphiques.

CHAPITRE III

TYPHOIDE CHEZ LES SUJETS AYANT UNE APPENDICITE CHRONIQUE, APPENDICITE AIGUE SURVENUE DANS LA TYPHOIDE.

De quelques généralités sur les terrains infectés

Avant de commencer ce chapitre, disons tout d'abord que la typhoïde prend une tournure clinique anormale suivant qu'elle évolue sur un terrain neuf ou antérieurement affaibli par des maladies générales. Ainsi Brin, dans la *Gazette des hôpitaux* des 6 et 13 mars 1909, fait remarquer avec raison que même chez la femme bien portante, des douleurs appendiculaires apparaissent au moment des règles. Ceci est fort compréhensible du fait de la connexion vasculaire intime entre l'ovaire et l'appendice formant un système conjugué, en d'autres termes survient-il la moindre congestion ovarienne, l'appendice ressent immédiatement ses effets... Nous n'insistons pas sur l'évolution éberthienne au cours de la grossesse ou des états infectieux toxiques ou dyscrasiques; sciemment nous les laissons de côté pour nous occuper uniquement d'une typhoïde chez un sujet ayant une appendicite chronique.

Sans trop nous éloigner du sujet, disons cependant que chez l'alcoolique, la typhoïde, comme la pneumonie ou le rhumatisme articulaire aigu, revêt fréquemment la forme délirante ataxo-adynamique. Les complications cardiaques, pulmonaires et hémorragiques sont à redouter dans cette forme d'une gravité exceptionnelle ! Chez le diabétique, la dothiénentérie évolue souvent d'une façon insidieuse sans hyperthermie accentuée, la guérison s'observe assez fréquem-

ment après une défervescence courte. La glucosurie et les signes du diabète ne sont nullement modifiés.

Ceci étant, comment envisageons-nous l'affaiblissement organique constamment entretenu par des inflammations appendiculaires sans cesse répétées qui sont de nature à provoquer des péri-appendicites ? S'il est vrai en clinique que certaines appendicites chroniques peuvent évoluer sans crises périodiques, il ne reste pas moins qu'elles entretiennent un processus réactionnel marqué, soit par l'ectasie, soit par les ulcérations, soit par les oblitérations appendiculaires. L'altération de la muqueuse incite l'organe à réagir; tantôt on assiste à une hypertrophie de toutes les couches constitutives de la paroi, tantôt à une déchéance nutritive amenant une atrophie partielle ou totale de l'appendice. Ces lésions anatomiques apparemment endormies se réveillent sous le moindre effet d'une simple congestion ovarienne au moment des règles chez la femme.

Pellat va jusqu'à incriminer l'appendicite chronique comme la cause quasi constante de l'appendicite aiguë dans la grossesse extra-utérine par suite :

1° De la congestion de l'appendice au moyen des connexions vasculaires entre ces deux organes;

2° De péri-appendicite consécutive à la péritonite plastique produite par l'éruption de sang dans l'organe

3° Du coup de fouet que détermine la grossesse à la lithiase intestinale.

A cet égard, Aimé Guinard croit également que l'appendicite chronique prédispose à la grossesse extra-utérine du fait que l'appendicite amène avec elle une malformation de la trompe par raison de voisinage. L'intoxication locale aboutit à l'avortement tubaire ainsi qu'à la suppuration de kyste fœtal et de l'hématome.

En résumé, nous admettons l'état de moindre résistance organique créé par l'appendicite chronique qui prédispose ces malades aux maladies générales. Or, la typhoïde est une affection septicémique grave, et de ce fait, elle réveille en activité, les foyers apparemment éteints.

Il résulte de nos prémisses qu'à l'heure qu'il est aucun auteur n'a pensé à établir un tableau clinique définitif, tant la symptomatologie est variable.

Tantôt, c'est le début insidieux, mal individualisé, marqué par un simple embarras gastrique auquel le malade ne fait guère attention. Puis, brusquement c'est une crise aiguë qui domine la scène.

Tantôt, au contraire, c'est le début classique de toute dothiénentérie banale, accompagné de céphalée tenace, nausées, vomissements, météorisme, douleur accusée à la fosse iliaque droite et diarrhée profuse. Ce n'est que vers le deuxième septenaire qu'on assiste à des perforations appendiculaires avec leur cortège habituel de faciès péritonéal, drame abdominal, lipothymie, stertore, ventre de bois, tympanisme hépatique, etc...

Nous ne citons pas ici les cas rares où la typhoïde évolue indépendamment d'une appendicite chronique avec une parfaite tolérance. En pleine période d'état vers les deuxième et quatrième septenaires, s'il survient une perforation appendiculaire, même douteuse, il faut intervenir immédiatement sous peine de voir sa chance diminuer à mesure qu'on s'éloigne de la minute « d'opérabilité ». Un retard de deux heures expose à la formation d'une péritonite généralisée qui emportera le malade.

Depuis les remarquables travaux de Dieulafoy, il n'est plus permis d'ignorer que l'appendicite relève de la chirurgie d'urgence; en effet, on sait comment débute une appendicite, mais on ne sait jamais comment elle se termine. Quoi qu'il en soit, il vaudra mieux attendre, dans les formes moyennes d'intensité (obs. X), à moins de perforation imprévue où l'opération est l'unique salut du patient.

En clinique, le medecin doit se préoccuper de savoir si son typhique n'avait pas des antécédents appendiculaires de quelque modalité qu'elle soit. Etant donnée la fréquence des hémorragie et perforation appendiculaire, ces malades ont besoin effectivement plus de surveillance que de médication. En

prévision de toute éventualité et pour leur sécurité, il serait plus prudent de les rapprocher d'un centre chirurgical.

C'est ainsi qu'une appendicite chronique bénigne devient subitement aiguë au cours d'une dothiénentérie nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence. Chez d'autres, on assiste par contre à des perforations appendiculaires presque de règle; à ce sujet Bruhl en 1854 observa une épidémie de typhoïde telle que le quart des malades traités à l'hôpital étaient des anciens appendiculaires avérés. Sur cinq autopsies pratiquées dans l'espace de deux mois, il vit trois perforations de l'appendice. Il en résulte des relations indéniables de causalité entre ces deux affections.

Kelly dans son ouvrage sur l'appendicite dit n'avoir pas trouvé des cas de coïncidence d'une appendicite avec une typhoïde, sauf quand il existait déjà des lésions appendiculaires chroniques inflammatoires de la muqueuse, calculs stercoraux, adhérences péritonéales.

Hommond a fait l'autopsie d'un typhique mort de rupture de brides. Ces observations précitées sont assez démonstratives à cet égard pour nous permettre de conclure que l'envahissement de l'appendice par des lésions typhiques inflammatoires et d'ulcérations multiples des follicules lymphoïdes prédispose aux appendicites perforantes.

Bérard et Vignard notaient trente perforations appendiculaires sur 328 perforations qu'ils observaient, soit environ 11%. Quoique l'avis des auteurs soit partagé dans le pourcentage, nous remarquons que la perforation appendiculaire au cours de la typhoïde est moins fréquente que celle du grêle, toute chose égale d'ailleurs (obs. IV).

Enfin, si le malade peut s'en sortir à bon compte, il ne reste pas moins qu'il traîne sa dothiénentérie à une longue convalescence par suite des rechutes et complications de tout ordre relevant de divers facteurs épidémiologiques.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL EN GENERAL

Dans l'appréciation des éléments du diagnostic différentiel, nous avons toujours présent à la mémoire que l'appendicite est une affection que l'on doit s'efforcer de reconnaître dès son apparition. De la précocité du diagnostic dépend la vie du malade. En présence d'un cas embarrassant où une typhoïde simule une appendicite et vice-versa le médecin devra s'entourer de trop de précautions avant de se prononcer. Bien que délicat, ce diagnostic reste encore possible si on veut bien se baser sur :

1° L'analyse attentive des signes cliniques ;

2° L'examen des urines et la Diazo-réaction Ehrlich ;

3° L'examen du sang (Sabrazès) ;

4° Le séro-diagnostic de Widal et Sicard.

1° *Analyse des signes cliniques.*

Les signes cliniques sont d'une indéniable importance lorsqu'ils existent associés, malheureusement suivant les cas, certains sont variables, en d'autres termes, aucun d'eux pris séparément n'est en lui-même pathognomonique. Aussi s'attache-t-on plus à rechercher l'ensemble de ces signes réunis que chacun d'eux en particulier. Encore faut-il que l'examen clinique concorde avec les résultats de laboratoire, nous en parlerons plus loin.

Néanmoins, l'étude attentive du malade peut nous mettre sur la voie de présomption sérieuse. La sémiologie nous apprend que parmi les symptômes communs, la douleur dans

la fosse iliaque droite est un des plus inconstants; toutefois dans l'appendicite cette douleur est brusque, pongitive au point que certains auteurs la décrivent sous le nom de colique appendiculaire, tandis que dans la typhoïde la douleur est plutôt insidieuse et continue. En général la douleur spontanée est moins fréquente et moins vive dans la typhoïde; dans l'appendicite, la palpation provoque des douleurs subites et exquises. Quant à la localisation, elle diffère dans l'un et l'autre cas : diffuse dans toute la fosse iliaque droite, elle est par contre relativement limitée au point de Mac Burney. Disons tout de suite que les caractères de cette douleur iliaque subissent de nombreuses variations et les différences générales que nous venons de mentionner risquent de ce fait d'induire en erreur un clinicien insuffisamment averti. En outre, la douleur iliaque droite peut manquer totalement ou être très atténuée ou fugace aussi bien dans les formes de typhoide que dans certains cas d'appendicite, surtout à la suite des applications de glace prolongées. On sait parfaitement aujourd'hui, que la douleur symptomatique d'une appendicite est variable dans ses intensité et localisation, et l'on a décrit des appendicites avec un maximum de douleur à la fosse iliaque gauche par suite d'une sorte d'ectopie appendiculaire plus ou moins fixée en situation anormale par des adhérences. Enfin, pour être plus précis, signalons les douleurs maxima siégeant parfois, soit au-dessus, soit au-dessous du point classique de Mac Burney et partant, l'absence de douleur au milieu d'une ligne allant de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'ombilic, n'est pas suffisante pour éliminer *à priori*, l'hypothèse d'une appendicite. Dans sa thèse Levrey[1] écrit avec raison :

«... la recherche du point de Mac Burney est la préoccupation de tous; et pourtant sans nier la valeur de ce signe, nous savons combien il est peu pathognomonique ».

Enfin, la douleur iliaque droite peut être causée soit par une névralgie tronculaire lombo-iliaque, soit par un calcul ou une ovaro-salpingite pour ne citer que les principales. A la

1. Levrey, thèse Paris, 1899.

palpation si la douleur existe en même temps que le gargouillement, la présomption est plutôt en faveur de la typhoïde. Plus importante est la défense musculaire qui ne manque jamais dans l'appendicite suppurée. Longtemps les praticiens y voyaient un signe de premier ordre, aujourd'hui son importance est amoindrie car l'expérience démontre qu'une simple palpation à la fosse iliaque dans laquelle siège une lésion y déclenche à coup sûr une douleur à laquelle fait suite immédiatement une contracture réflexe de la paroi abdominale qui se met instinctivement en état de défense. Même remarque dans la typhoïde quand le météorisme est peu marqué, la palpation peut déterminer la contracture ! Quant à l'hyperesthésie, si elle existe, elle ne signale pas une entérocolite sous-jacente. En effet, il est des appendicites à évolution subaiguë ou chronique dont la courbe thermique est identique à celle de la typhoïde et même s'il existait à cet égard des différences très nettes, ce signe n'aurait qu'une valeur relative puisqu'il n'existe pas au début. Il serait extrêmement important d'explorer systématiquement les divers points classiques de Lanz, de Morris, etc...

Quelquefois, on est surpris de la répercussion douloureuse par pression profonde de la fosse iliaque gauche et de la dilatation pupillaire. Le signe du soulier n'est pas à négliger dans l'appendicite, de même le signe du relèvement en extension du membre inférieur droit tandis qu'on palpe le point de Mac Burney. M. Chavannaz conseille de compléter l'examen par le signe du ton de la percussion des deux fosses iliaques; une matité de la fosse iliaque droite serait plutôt en faveur d'une appendicite sous-jacente, et, remarque importante, les lavements quotidiens dans ces cas ne ramènent pas de selle moulée.

Au chapitre des modalités cliniques nous avons mentionné l'existence des appendicites à peine fébriles voire même des typhoïdes apyrétiques, nous n'y reviendrons pas. D'autre part, s'il est fréquent que la constipation tenace se prononce en faveur de l'appendicite, il n'est pas rare toutefois

de voir de la diarrhée aussi persistante et abondante que dans la dothiénentérie. Inversement, la diarrhée classique des typhiques peut faire défaut et être remplacée par de la constipation, soit pendant une grande partie, soit pendant la durée tout entière de la maladie. De même les vomissements plus fréquents dans l'appendicite et la douleur plus vive ont peu de de valeur; indifféremment on les observe dans les deux affections; aucune distinction n'est possible.

En résumé, les symptômes généraux présentent des caractères parfois superposables dans l'un et l'autre cas, de sorte qu'on ne peut compter sur eux pour étayer utilement un diagnostic différentiel. Nous voyons que la clinique perd son droit de révélation surtout dans les dothiénentéries de moyenne intensité, frustes ou camouflées. Heureusement dans la pratique courante, il n'en est pas toujours ainsi. L'observation nous instruit que la céphalalgie typhoïdique est souvent intolérable, rebelle à tous les analgésiques et, caractère important, elle s'atténue les jours suivants au fur et à mesure que se constituent les symptômes abdominaux. Par contre la céphalée de l'appendicite est peu marquée, mais son intensité ne regresse pas en décroissance. La bronchite fait souvent défaut dans l'appendicite, son apparition précoce serait en faveur de la typhoïde. Beaucoup plus importants sont l'épistaxis, la gingivorragie et surtout l'insomnie des premiers jours. Associés à une céphalalgie intense, ces signes plaideront en faveur d'une typhoïde ainsi que confirmera plus tard son évolution. L'apparition des taches rosées lenticulaires vers le huitième jour ne saurait nous servir pour porter un diagnostic précoce qui ne nous éloigne pas trop de l'heure chirurgicale en cas d'appendicite. Notons enfin que l'éruption peut échapper à nos examens quand elle est discrète et de durée éphémère. Longtemps nos auteurs s'arrêtent sur l'augmentation du volume de la rate au palper dans 15 à 20 % des cas; par contre elle est exceptionnelle dans l'appendicite. Maintenant, peut-on compter sur le pouls rapide, l'abattement, le délire, le faciès grippé pour faire un diagnostic différentiel? Nous ne

le pensons pas, c'est le masque trop banal de toutes les affections !

Il résulte de l'ensemble des considérations qui précèdent qu'aucun symptôme clinique pris en lui-même ne présente de valeur pathognomonique.

S'il faut tirer un diagnostic d'ensemble, sera-t-il au moins de certitude ? Sous certaines réserves, on peut répondre par l'affirmative. En effet, il est évident que l'ensemble des signes cliniques fournit une précieuse indication mais pris à part, un signe quelconque, l'analyse même raisonnée nous induit en erreur. Par contre, il y a des exceptions, témoin le cas relaté dans l'observation II dans laquelle il est absolument impossible de poser un diagnostic de certitude. La malade de notre observation II présentait une douleur maximum localisée au point précis de Mac Burney, à début brusque et dramatique, accompagné de fièvre élevée, de vomissements, de hoquets, bref, tout le syndrome clinique d'une appendicite suraiguë telle que l'opération fut décidée séance tenante, et pourtant il s'agissait d'une typhoïde sans aucune lésion apparente de l'appendice. Le cas de ce genre semble défier toute analyse, mais il en est d'autres heureusement dans lesquels l'étude des symptômes d'ensemble ne présente aucune difficulté d'interprétation. En général, ce sont les signes abdominaux qui se placent au premier plan dans l'aspect clinique de la typhoïde, au contraire, dans l'appendicite la gravité de l'état général domine la scène dès le début au point de rendre, secondaires les signes locaux. Sous toute réserve d'exception, on peut admettre cette règle comme un des éléments précieux de diagnostic.

En principe, le début de la typhoïde est insidieux et la courbe thermique progressivement ascendante ; par contre tout début brusque, à fièvre d'emblée élevée, doit être suspecté d'appendicite. M. le professeur Sabrazès[1] conseille

1. « Importance de l'examen du sang dans l'appendicite », *in Clinique et Laboratoire*, de 1933, p. 97.

formellement à ce sujet l'examen systématique du sang, qui montre une hyperleucocytose caractéristique.

Dans la suite, l'évolution des accidents pourra nous préciser le diagnostic. A gravité égale, la typhoïde a une évolution régulière et cyclique; inversement, l'appendicite est d'évolution capricieuse procédant par poussées successives.

Quoi qu'il en soit, il ressort de cette étude que l'ensemble des signes cliniques n'offre pas toujours une valeur sémiologique absolue, ce sont là autant d'éléments de présomption; ceux de la certitude appartiennent au laboratoire.

II. — Examen des urines.

Cet examen de laboratoire, indispensable dans les cas simples prend une importance capitale lorsqu'on se trouve en présence d'un cas douteux.

L'albuminurie est de règle dans toutes les maladies infectieuses fébriles aiguës et du fait se rencontre indifféremment aussi bien dans la typhoïde que dans l'appendicite. Néanmoins, il est à remarquer qu'au moment où éclatent les premiers accidents, l'appendicite est une affection locale alors que la septicémie typhoïdique est générale, nous sommes conduit à penser que l'albuminurie est plus fréquente et plus marquée dans la typhoïde que dans l'appendicite. Dans la dothiénentérie durant l'incubation, le rein est déjà touché par la toxine alors que celui-ci reste indemne au début de l'appendicite. Plus tard, quand les lésions appendiculaires seront constituées et la cavité close franchement septique, la diffusion des toxines dans l'économie sera généralisée touchant profondément les organes nobles et le typhique meurt avec tous les signes d'un empoisonnement suraigu; on pourra trouver de l'albuminurie en abondance. L'indicanurie présente une valeur diagnostique secondaire; en effet on retrouve communément l'indican dans les états infectieux du tube digestif voire même dans les indigestions banales. Dans la typhoïde au

début, l'indicanurie ne fait presque jamais défaut pour devenir maximum à la convalescence, d'après Motta-Coco[1].

Dans l'appendicite l'indicanurie apparaît précocement dès les premiers jours, c'est donc un signe différentiel commode qui peut être utilisé le cas échéant, mais d'indication secondaire. Durant ces dernières années, MM. Gaillard et Lannelongue étudiaient la toxicité urinaire toute particulière au cours de l'appendicite chez les enfants. Ils ont mis en évidence que cette toxicité augmente d'emblée en fonction de la densité et de la coloration de l'urine. Au contraire, dans la typhoïde, la toxicité est supérieure à la normale surtout au début et à la convalescence marquée par une pollakiurie de décharge active.

Ajoutons qu'on peut également déceler la présence de bacilles d'Eberth par la centrifugation de l'urine recueillie au cours de la maladie, toutefois ce procédé d'investigation perd toute sa valeur quand il s'agit de poser un diagnostic d'urgence.

Enfin, dans le service des contagieux du professeur Sabrazès à l'hôpital Pellegrin, notre vénéré maître attache une importance particulière à la fidélité de la Diazo-réaction d'Ehrlich; en effet, celle-ci est presque toujours positive dans la typhoïde (obs. XII) et franchement négative dans les appendicites ainsi que nous prouvent les treize cas de notre observation XI. On conçoit dès lors, combien il est indispensable de s'entourer de cette précieuse Diazo-réaction pour étayer commodément un diagnostic différentiel dans les cas embarrassants.

Comme nous nous sommes proposé dans cette thèse d'[e] rechercher si la Diazo-réaction d'Ehrlich si fréquemment constatée dans les typhoïdes et para-typhoïdes existe ou non dans les appendicites aiguës, qu'il nous soit permis de rappeler brièvement en quoi consiste la technique pratique et économique que nous adoptons dans nos investigations.

1. Motta-Coco, *Gaz. med. di Torino*, n[os] 10 et 11.

Dans une série de mémoires publiés de 1882 à 1884, Ehrlich a donné la formule exacte et a montré l'utilité au point de vue diagnostique d'une réaction urinaire, la Diazo-réaction, basée sur ce fait qu'il s'élimine par les urines au cours de certaines infections des corps de la série aromatique qui, mis en présence de substances diazoïques, donnent naissance à des substances azoïques colorées.

Nous employons au laboratoire de pharmacie de l'hôpital du Tondu de l'ammoniaque et deux solutions fraîchement préparées que voici :

Solution A.

Acide sulfalinique	0 gr. 50
— chlorhydrique pur.....	5 gr.
Eau distillée q. s. p.	100 cc.

Solution B.

Nitrite de soude	0 gr 05
Eau distillée	10 cc.

Technique. — Dès que le diagnostic clinique est porté, nous procédons de suite aux vérifications par l'hémoculture, le sérodiagnostic et la Diazo-réaction; nous ne parlons que de cette dernière. L'urine du malade présumé est aseptiquement recueillie dans un bocal propre de préférence le matin. Dans un tube à essai, on verse environ 2 centimètres cubes d'urine *fraîche*, puis 2 centimètres cubes de la solution A; on ajoute deux gouttes de la solution B, puis six à sept gouttes d'ammoniaque; on mélange, on agite...

Lorsqu'il s'agit d'urine normale ou d'eau pure, la coloration du mélange est de couleur jaunâtre ou blanchâtre. Lorsque la réaction se montre positive, le liquide présente toute une gamme de coloration correspondant au rouge orange, rouge cerise, rouge vermillon (Ehrlich), et la mousse une coloration rouge sang ou rouge saumon caractéristique. La plupart des auteurs attachent une grande importance à la coloration im-

médiate de l'urine, et davantage encore à la coloration de la mousse dont il est toujours facile d'apprécier la nuance.

Au dire d'Ehrlich[1], si la composition de l'urine est sans grande importance, Lœper et Oppenheim[2], affirment avoir obtenu quelquefois une coloration trompeuse de l'urine chez des malades ayant ingéré de la créosote, du gaïacol, de l'antipyrine, du benzo-naphtol, du thymol, de la teinture d'opium (Denigès), médicaments assez souvent employés chez les typhiques ou les tuberculeux. Lorsque des urines, acides à l'émission, donnent une Diazo-réaction positive, deviennent alcalines, la réaction peut n'être plus perceptible; on peut éviter cette cause d'erreur en ajoutant à l'urine fraîche un peu d'éther, lorsqu'on n'a pas le temps de pratiquer immédiatement les recherches (Widal et Bezançon).

La Diazo-réaction ne s'observe guère que dans les maladies infectieuses fébriles. Elle se voit surtout dans la fièvre typhoïde (Sabrazès, obs. XII), dans la tuberculose, dans la pneumonie, dans les fièvres éruptives (variole, rougeole, scarlatine) et rarement dans l'érysipèle, la diphtérie. Elle est négative d'une façon presque absolue dans les maladies apyrétiques. Lœper et Oppenheim qui ont examiné les urines de plus de 300 sujets atteints d'affections apyrétiques les plus diverses, médicales ou chirurgicales, n'ont obtenu que d'une manière exceptionnelle. D'après leurs observations on ne saurait admettre avec Heze[3], qu'elle est fréquente chez les asystoliques; si elle apparaît quelquefois chez les cancéreux, c'est à la période cachectique terminale, en rapport avec les infections secondaires (Widal, Bezançon)[4].

La Diazo-réaction dans la typhoïde est-elle *constante*? Hormis quelques réserves sus-mentionnées il semble qu'on peut répondre par l'affirmative. Ainsi, Ehrlich a prouvé que la Diazo-réaction est à peu près constante au cours de la fièvre

1. Ehrlich, *Zeits. fur klin. Medecin*, 1882; *Deutsch. med. Woch*, 1883-84; *Charite Annalen*, 1883-86.
2. Lœper et Oppenheim, « La Diazo-réaction, *in haz. des Hop.*, 15 mai 1901.
3. Heze, *Arch. prov. de méd.*, 1900.
4. Widal-Bezançon, *in Traité de pathologie générale*, Bouchard, t. VI.

typhoïde dans la respectable proportion de 97%. D'après les diverses statistiques réunies par Rivier[1] ce pourcentage se maintient sensiblement et l'auteur ajoute : « La réaction d'Ehrlich apparaît fortement en rouge cerise, rouge vermillon dans les typhoïdes graves; elle décroît progressivement dans les formes de moyenne intensité pour disparaître en même temps et même avant la fièvre... »

Ecoutons, à ce propos, la conclusion autorisée de MM. Widal et Bezançon[2] qui ont expérimenté sur une grande échelle de 182 typhiques.

«... La présence de la Diazo-réaction a été remarquée d'une façon presque constante. La réaction n'a manqué que dans 7 cas sur 182; dans 3 cas il s'agissait de formes de moyenne intensité et dans 4 cas de formes très légères... » Les mêmes auteurs ne croient pouvoir juger la gravité de la maladie et faire un pronostic d'après l'intensité de la réaction ! Cependant il semble qu'une dégradation régulière de la courbe des Diazo-réactions serait d'un bon pronostic (56 cas sur 64). Et Sacquépée[3] ajoute : « La courbe de la Diazo-réaction encadre donc bien la courbe de la température, d'une façon générale. »

Enfin, que devient-elle cette Diazo-réaction dans les typhoïdes à *rechute*? Il résulte des observations de Widal que six fois sur sept, elle réapparaît au troisième ou quatrième jour, après la reprise de la température. Des faits qui précèdent Widal et Bezançon aboutissent à la même conclusion d'Ehrlich :

«... L'absence de la Diazo-réaction constatée à plusieurs reprises du cinquième au dixième jour d'une affection fébrile doit faire écarter presque à coup sûr l'hypothèse de fièvre typhoïde, bien qu'on puisse observer par exception des fièvres typhoïdes avérées dans lesquelles la Diazo-réaction manque (Widal, 3%). »

1. Rivier, thèse Paris, 1798, *Diazo-réaction.*
2. Widal-Bezançon, *in Traité de pathologie,* Bouchard, t. VI, p. 571.
3. Sacquépée, *Arch. gén. de méd.,* 1902.

Une réaction positive a moins de valeur, répétons-nous, puisque celle-ci peut s'observer dans d'autres maladies infectieuses à allure typhoïde, telles que la tuberculose aiguë ou la grippe. Elle est un signe excellent, et comme tel, devrait être considérée comme un critérium de diagnostic différentiel dans les cas difficiles !

Diazo-réaction d'Ehrlich dans les diverses affections fébriles.

Pendant ces dernières années, de nombreuses discussions s'élèvent au sujet de la Diazo-réaction dans les affections fébriles. Sans nous perdre dans le détail, nous en disons cependant un mot. Il semble que la Diazo-réaction est moins fréquente dans les maladies infectieuses. Dans la pneumonie elle s'observerait dans le tiers des cas d'après Heze, dans 1/6 des cas d'après Clémens. Elle serait généralement l'indice d'une forme grave et sa persistance à la fin du premier septenaire serait d'un pronostic fâcheux. Dans les pleurésies, elle ne se voit guère que dans les pleurésies tuberculeuses, encore manque-t-elle souvent !

Elle est assez fréquente dans la scarlatine (Ehrlich, Widal, Rivier) au point qu'on pense s'en servir pour étayer un diagnostic différentiel entre la scarlatine et l'érythème scarlatiniforme ou des éruptions médicamenteuses dans lesquelles elle fait défaut (Lœper, Oppenheim).

La Diazo-réaction est presque toujours positive dans la rougeole d'après Heze, Rivier, dans 79 fois sur 91, surtout pendant l'éruption.

Dans la variole, d'après Sergent[1], elle serait constante, mais son apparition tardive à la période de suppuration lui enlèverait toute valeur diagnostique. Dans l'érysipèle grave, Heze l'a observée dans la moitié des cas. Coste dans les 2/3. Dans la diphtérie, la Diazo-réaction manque souvent (Clémens et Lobligeois[2]) pour faire complètement défaut dans la grippe

1. Sergent, *Bull. méd.*, février 1901.
2. Lobligeois, *Soc. de Pédiatrie*, mai 1901.

et dans le rhumatisme articulaire aigu ; par contre, le typhus exanthématique, les pyhémies chirurgicales, l'infection puerpérale, s'accompagnent toujours de la réaction d'Ehrlich. Ehrlich a remarqué la fréquence de sa Diazo-réaction dans la tuberculose pulmonaire chronique ; fortement positive, elle prouverait l'évolution mortelle. M. Sabrazès y voit un élément de mauvais pronostic surtout dans les maladies infectieuses en général. Il se trouve souvent que chez certains malades étiquetés « appendicites » parce que le syndrome douloureux est très caractéristique, la typhoïde se déroule, le syndrome douloureux reste ; c'est là une dualité morbide entre la typhoïde et l'appendicite. Lœper et Oppenheim n'admettent pas de valeur pronostique à la Diazo-réaction à la suite d'une étude sur 300 tuberculeux, tout en acceptant la présence de la Diazo-réaction à la période ultime de l'affection.

Dans la phtisie aiguë, la Diazo-réaction est constante, Heze, Nessen, Clémens, Lœper, Oppenheim, Widal et Bezançon l'ont observée dans tous les cas. Ils concluent en ces termes :

« Chez un malade fébrile, présentant un état typhoïde la constatation de la Diazo-réaction jointe à l'absence plusieurs fois constatée de la réaction agglutinante vis-à-vis du bacille d'Eberth doit faire redouter l'existence d'une tuberculose aiguë... »

Diazo-réaction dans la fièvre de Malte

Notre but serait de savoir ce qu'on peut attendre de la Diazo-réaction d'Ehrlich dans la mélitococcie. Nous laissons sciemment de côté toute une étude complète de cette affection que nous renvoyons au *Traité de Pathologie générale* de Bouchard. Nous savons qu'il existe une forme de typhoïde dite **sudorale**, décrite d'abord par Jaccoud, puis par Borelli. Avant ces deux auteurs, de nombreux malades étaient étiquetés à tort typhiques alors qu'ils étaient en réalité des mélitococciques (Midi-Italie). Sacquépée avait signalé deux cas de ce genre avec l'hémoculture positive au bacille d'Eberth. Persiste-

t-il le moindre doute, nous devons recourir systématiquement aux examens de laboratoire ; l'hémoculture, la ponction de la rate, le séro-diagnostic de Wright, la lacto et salivo-réaction, l'intradermo-réaction à la mélitine de Burnet nous préciseront le diagnostic.

En ce qui concerne la Diazo-réaction dans la mélitococcie la preuve n'est pas assez faite pour nous permettre de nous édifier. A cet égard, Sacquepée nous conseille de centrifuger l'urine des suspects de mélitococcie, d'ensemencer le culot sur gélose pour identifier ensuite les colonies de micrococcus mélitensis ; malheureusement le résultat n'est pas toujours positif du fait de l'élimination inconstante et irrégulière par l'urine (Nègre et Raynaud)[1].

Quoi qu'il en soit, un fait cependant nous reste acquis : c'est que la Diazo-réaction nous est un précieux appoint à condition qu'elle soit réalisée parallèlement au séro-diagnostic, à l'hémoculture, à l'examen du sang. Positive, elle présente une valeur contributive en faveur d'une infection typhoïde ou paratyphoïde. Négative, elle indique la possibilitéd'une appendicite.

Nous basant sur nos propres statistiques, nous croyons, jusqu'à preuve contraire que la Diazo-réaction d'Ehrlich est *franchement* négative dans les appendicites suraiguës, aiguës ou chroniques, ainsi que démontrent éloquemment nos recherches sur 13 cas de notre observation XI. Elle nous présente un indice de valeur à condition qu'on l'associe à l'hémoculture et au séro-diagnostic ; prise isolément, sa valeur est des plus relatives. Ainsi l'épidémie récente de 1934 est marquée par de nombreuses formes frustes de typhoïde avec une Diazo-réaction positive et absence de taches rosées (Sabrazès). Devant l'hémoculture négative et le syndrome douloureux à la fosse iliaque droite, on hésite surtout que le séro-diagnostic est négatif. M. Sabrazès conseille de faire faire une série de séro-diagnostics pour voir s'ils deviennent de plus en plus

1. Nègre et Raynaud, *Presse médicale*, 1911, p. 680.

marqués. D'ailleurs dans l'observation XII, on lira avec intérêt que dans le service des Contagieux, à Pellegrin, notre maître, M. Sabrazès, fait faire systématiquement ces trois réactions sus-mentionnées, à ses typhiques et qu'il ne cesse de répéter à ses élèves l'importance de ces précieuses indications dans la pratique courante. Hormis le cas d'appendicite et de typhoïde intercurrente dans lequel la Diazo-réaction est variable (obs. VI), nous concluons qu'une Diazo-réaction négative serait plutôt en faveur d'une appendicite qui n'a pas fait ses preuves cliniques.

III. Examen du sang
Du sang dans l'Appendicite

Les quelques notions succinctes que nous essayons de reproduire ici sont celles que nous avons puisées dans un magistral article du professeur Sabrazès[1] paru dans la *Clinique et Laboratoire*, du 20 mai 1933, sur « l'importance du sang dans l'appendicite ».

Disons tout de suite combien est simple et rapide la technique originale de l'auteur : elle consiste à recueillir une goutte de sang desséchée sur lame sur laquelle on renverse avec une lamelle une gouttelette d'une solution de bleu de méthylène à 1 pour 500 (P. E. d'eau de fontaine et d'eau distillée), et on fait ensuite l'examen à l'immersion. La lecture microscopique des éléments figurés nous permet d'établir une formule que nous reportons à un barême initial pour interpréter les résultats.

Rapidement nous rappelons en passant que dans les appendicites refroidies on peut trouver une lymphocytose et une monocytose relative ainsi qu'un certain degré d'éosinophilie. Dans l'appendicite chronique la leucocytose, la polynucléose, l'abaissement des neutrophiles, la variation de taux

1. Sabrazès. Traité du sang, publié par Gilbert-Weinberg, Paris, 1913-32. T. I et III.

d'éosinophiles (surtout dans l'appendicite vermineuse) feront prévoir une poussée aiguë.

Est-on en présence d'une hyperleucocytose de 10.000 à 15.000 avec élévation à 70, 80, 95% de polynucléaires neutrophiles, c'est une poussée appendiculaire aiguë qui s'aggrave (obs. I).

Comment allons-nous interpréter les résultats sur la présence des neutrophiles? Un exemple nous fixerait les idées. Rappelons pour mémoire que chez l'adulte la diversité de types nucléaires de cellules neutrophiles est concrétée dans la formules d'Arneth portant sur 100 neutrophiles. Les chiffres romains expriment les catégories de leucocytes neutrophiles à I, II, III, IV, V noyaux; les chiffres ordinaires désignent le nombre de chacune de ces catégories de neutrophiles :

Image nucléaire normale d'Arneth :

I = 5; II = 35; III = 41; IV = 17; V = 2.

Voici une formule d'appendicite aiguë à tendance perforante :

I = 60; II = 36; III = 4.

Une autre d'appendicite ulcéreuse :

I = 44; II = 48; III = 4; IV = 4.

D'ailleurs une proportion considérable de métamyélocytes neutrophiles signale une appendicite subaiguë, aiguë ou suraiguë.

Interprétation de la valeur nucléaire des neutrophiles selon leur taux d'apparition (barême commode établi par le professeur Sabrazès pour mesurer les degrés de malignité croissante de l'appendicite) :

15 à 25% = 1er degré de malignité.
25 à 40% = 2e —
45 à 60% = 3e —
60 et au dessus 4e —

Voici ce que l'expérience nous apprend :

Une faible leucocytose à 9.000 par exemple et une forte

polynucléose à 90-95% ont la valeur d'une crise aiguë de grande malignité !

Par contre à une leucocytose de 12.000 à 15.000 et une polynucléose relative correspond une appendicite de malignité moindre.

La présence de nombreux neutrophiles à un noyau et notamment des métamyélocytes au-dessus de 40% avec dégénérescence nucléaire indique une appendicite de très mauvais augure.

Si l'on trouve divers polynucléaires neutrophiles avec des enclaves basophiles intracytoplasmiques et des cellules de Turk, l'appendicite est ici toxique. Une forte réaction iodophile de leucocytes neutrophiles se prononce en faveur des inflammations appendiculaires à tendance suppurative (abcès, gangrène).

Enfin, l'appendicectomie immédiate est formellement indiquée chaque fois qu'on se trouve en présence d'une polynucléose à 90-95% avec métamyélocytes de 40 à 60% et une leucocytose de 12.000 à 15.000 (Sabrazès).

Quoiqu'apparemment arides, ces notions précieuses jettent une lumière nouvelle sur le ténébreux problème de conduite à tenir autour duquel gravitent encore de nombreux chirurgiens et médecins.

Un autre caractère non moins important est celui du caillot qui se montre au microscope sous forme d'un réseau fibrineux abondant, constituant une sorte de couenne. A cet égard, le professeur Hayem[1] affirme que cet aspect pourtant fréquent dans les inflammations manque totalement dans les maladies septicémiques comme dans la fièvre typhoïde. Ce caractère peut nous rendre d'appréciables services dans le diagnostic différentiel. Toutefois, en raison de sa généralité, son recours est relativement limité. Ainsi, il se trouve en défaut dans certaines formes d'appendicite qui se comportent très rapidement comme des septicémies, ou encore dans les

1. Hayem. Du sang,

dothiénentéries qui se compliquent d'accidents inflammatoires comme la pneumo ou la pleuro-typhoïde.

L'examen du sérum ne donne que peu de résultat; quelquefois dans la typhoïde le caillot est petit et le sérum en proportion abondante. D'autres fois, dans les formes hémorragiques le sérum prend une coloration hémoglobinurique. Ce sont là des caractères trop inconstants pour que nous nous y arrêtions. Bien plus importante est la numération des éléments figurés : on sait que dans les maladies inflammatoires dont l'appendicite et l'appendicite suppurée surtout, le nombre des leucocytes augmente dans des proportions considérables; dans la typhoïde et les maladies septicémiques sans complication inflammatoire le nombre de leucocytes est normal, parfois il existe une hypo-leucocytose (Muehleck)[1]. Ce signe rapproché de l'absence d'exsudat fibrineux prend une grande valeur diagnostique sur laquelle insiste le professeur Hayem.

«... Dans les cas de fièvres typhoïdes dépourvues de toute complication inflammatoire, il signale, comme caractéristique de la maladie, l'absence du réticulum fibrineux et le petit nombre de leucocytes visibles dans le champ microscopique[2]. »

En résumé, l'examen du sang est important et ne saurait être négligé dans les cas douteux[3]. A moins de complications inflammatoires dans la typhoïde, ou de septicémie suraiguë d'origine appendiculaire, il donnera bien souvent des renseignements très utiles dans l'appréciation du diagnostic différentiel de ces deux maladies.

IV. Séro-diagnostic de Widal-Sicard.

Ce séro-diagnostic est le triomphe du laboratoire, celui qui donne le résultat le plus parfait. Dans tous les hôpitaux

1. Muehleck, *Philadelphie Med. Journ.*, 20 mai 1899.
2. Lenoble, thèse de Paris, p. 217.
3. Sabrazès, « Importance du sang dans l'appendicite », *in Clinique et Laboratoire*, 1933, p. 97.

de Bordeaux nos Maîtres s'en servent journellement pour vérifier leur diagnostic clinique. C'est assez dire combien il est sûr, simple et pratique. Nous ne nous bornons qu'à donner les résultats appliqués au diagnostic différentiel sans nous perdre dans le détail en quoi consiste cette méthode de Widal-Sicard. Le séro-diagnostic permet de distinguer une typhoïde grave d'une méningite ou de toute autre affection pouvant la simuler. D'ailleurs, suivant le taux d'agglutination et l'action spécifique du sérum, on arrive à identifier tous les germes typhogènes ainsi que leur groupe respectif. Le seul reproche au séro-diagnostic — si reproche il y a — est qu'il n'apparaît pas avant le septième ou huitième jour de la typhoïde constituée ! On conçoit qu'une pareille attente serait désastreuse en cas d'appendicite! En médecine, il n'y a pas malheureusement d'équation fixe; en règle générale, la séro-agglutination est positive vers le huitième jour mais il est très exceptionnel de la trouver positive vers le quinzième jour. Il est évident qu'un séro-diagnostic tardif perd toute son importance dans la conduite à tenir. Ajoutons d'autre part que cette séro-agglutination se fait d'autant mieux que la typhoïde est de moyenne intensité et d'une évolution normale. Chose étonnante, dans les typhoïdes graves, l'agglutination est à peine marquée sinon nulle. En outre, on sait que le sérum des convalescents typhiques a la propriété d'agglutiner les cultures typhiques de même groupe; cette propriété persiste bien longtemps après la guérison, raison pour laquelle le séro-diagnostic reste positif dans les appendicites consécutives à la typhoïde, d'où nécessité au médecin de s'enquérir des antécédents morbides du sujet. De même le séro-réaction reste positive chez les typhiques inapparents, méconnus ainsi que chez certains vaccinés depuis six à huit ans. Sous ces réserves, la réaction de Widal-Sicard relève tous les doutes; quand elle est positive, c'est un signe de certitude absolue.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL EN PARTICULIER

Dans le chapitre précédent nous avons traité l'ensemble des éléments généraux nous permettant d'étayer un diagnostic différentiel entre la typhoïde et l'appendicite ; tâchons d'appliquer à bon escient aux quelques-uns des cas qui peuvent se présenter couramment en clinique. Pour la clarté de notre exposé, ce chapitre restreint néglige volontairement les très nombreux types intermédiaires dont la description étendrait sans profit les dimensions de ce travail.

Se trouvera-t-on en présence d'une infection légère de moyenne intensité avec céphalalgie, fièvre modérée, douleur iliaque droite, etc., la marche de l'affection nous aiguille le diagnostic qui pourra se poser avec une typhoïdette, un simple embarras gastrique ou une colique appendiculaire atténuée. La défense musculaire et l'hyperesthésie cutanée feront le plus souvent défaut et la localisation douloureuse mal définie. En présence de pareils malades, l'intensité de la céphalalgie, l'insomnie du début, l'apparition de taches rosées, l'hémoculture et le séro-diagnostic aidant seront, croyons-nous, les principaux signes qui permettent de poser le diagnostic si la maladie arrive à la fin du premier septenaire.

En second lieu, le médecin pourra être appelé auprès d'un malade atteint d'affection autrement sérieuse dont les symptômes sont d'emblée abdominaux. Si l'on observe déjà du météorisme, une vive douleur dans la fosse iliaque droite, et suivant les cas, ou une diarrhée profuse ou une constipation opiniâtre, on aura recours au laboratoire pour l'examen du

sang et des urines : la diazo-réaction d'Ehrlich et la séro-agglutination, répétons-nous, nous livreront la clé du diagnostic. Dans d'autres circonstances, s'agira-t-il d'une péritonite constituée, le médecin devra rechercher la pathogénie et la cause. Plus intéressant serait de savoir comment se conduira le médecin en présence d'une péritonite par perforation diagnostiquée ? Est-elle due à une perforation appendiculaire ou typhoïdique ? Le problème est délicat d'autant que d'autres affections — un ulcère de l'estomac par exemple — pourront être également incriminées! Il nous reste une dernière ressource, celle de l'âge de l'affection.

En effet, une perforation typhoïdique ne survient guère avant la fin du deuxième septenaire et ne se produit que rarement après le troisième. Par contre, une perforation appendiculaire est généralement beaucoup plus précoce aux premières heures et la maladie peut se montrer d'emblée avec les caractères cliniques de cette perforation.

Persiste-t-il le moindre doute, on recherche avec soin la localisation initiale de la douleur, l'état de la rate et des poumons, on surveillera l'apparition possible des taches rosées, on interroge l'existence de la leucocytose, d'un réticulum fibrineux, on pratiquera enfin la séro-réaction de Widal-Sicard vers le huitième jour. Complémentairement la date exacte de la perforation, la marche antérieure de la maladie nous situent le diagnostic, croyons-nous.

La typhoïde qui se complique de perforation donne bien rarement lieu à une péritonite circonscrite ; c'est la péritonite diffuse qui est la règle. La péritonite circonscrite est souvent consécutive à une perforation appendiculaire. Quant aux abcès péri-appendiculaires, ils seront très rarement confondus avec une typhoïde : la grande défense musculaire rarement en défaut, la courbe thermique, la leucocytose, la petitesse et la rapidité du pouls associées aux autres signes de suppuration abdominale nous lèveront le doute.

D'ailleurs, en cas de confusion, l'examen du sang et des urines ne donne aucun renseignement précis puisque dans ces

inflammations à tendance suppurative, la leucocytose ne manque jamais, qu'il s'agisse d'appendicite suppurée ou de typhoïde à complications inflammatoires.

Seuls l'évolution de la maladie et le séro-diagnostic de Widal-Sicard nous trancheront le diagnostic.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR DANS LES CAS DOUTEUX

Nous nous excusons de ne parler mot sur les longues discussions relatives au traitement de l'appendicite. Nous n'étudions que la conduite à tenir d'après nous; c'est là l'intérêt immédiat du malade et la réputation du médecin ensuite.

1° Cas où le diagnostic incertain pourra être précisé avec une probabilité suffisante basée sur l'analyse des différents éléments de diagnostic.

2° Cas où l'incertitude persiste malgré la mise en œuvre de notre arsenal de laboratoire.

A cet égard, la conduite de circonstance du clinicien sera, selon nous, la suivante :

1. En premier lieu, nous supposons que le diagnostic soit hésitant entre la typhoïde et l'appendicite sans que rien ne fasse soupçonner une intrication morbide de ces deux affections, le médecin consulté devra étudier avec soin l'évolution clinique et s'entourer d'éléments d'appréciation fournis complémentairement par le sang, l'urine, le séro-diagnostic. Si dans le jugement, la balance penche en faveur de la typhoïde, l'opération doit être systématiquement rejetée à moins d'aggravations imprévues.

2. En second lieu, s'agit-il d'une appendicite dûment constatée, l'intervention est expressément recommandée en vue d'éviter de pires accidents irrémédiables, car en matière d'appendicite, nous ne pouvons que répéter avec le professeur Dieulafoy que l'on se repent souvent d'avoir opéré trop tard mais jamais d'être intervenu prématurément.

Envisageons en toute réalité, ce qu'il adviendra si par erreur de diagnostic, on laparotomise le malade. Assurément le shock opératoire nullement négligeable à la suite d'une laparotomie, l'imprégnation chloroformique ou éthérée, la douleur et toutes les conséquences d'une semblable intervention ne sont nullement souhaitables pour mener à bien une infection éberthienne, témoin la malade de notre observation II qui succombait au surlendemain de l'opération. Néanmoins, M. Maurange[1] a publié une série d'observations par laquelle il relève cette incrimination exagérée; en fait, le pronostic n'est pas aussi sévère qu'on le croit. Etant donnée la moindre résistance organique chez les typhiques, le bon sens clinique nous commande de ne pas provoquer encore un schock opératoire qui fait, certes, plus de mal que de bien! En réalité, ces cas sont relativement rares.

Enfin, quelle sera la conduite du médecin en cas où au cours d'une typhoïde avérée, s'intrique une appendicite intercurrente?

La question soulève de nombreuses discussions! Sans nous perdre dans le détail, nous distinguons deux cas cependant dissemblables, croyons-nous.

a) Si les symptômes typhiques dominent toute la scène alors que les signes appendiculaires restent manifestement au second plan, il ne sera pas nécessaire d'intervenir car l'on sait que la dothiénentérie provoque souvent une hyperhémie passagère de l'appendice sans aucune gravité.

Autre chose serait le cas où les symptômes appendiculaires prennent d'emblée une intensité telle qu'on soupçonne une perforation imminente de l'appendice, il faut opérer séance tenante; l'indication opératoire devient ici formelle.

1. Maurange, *Gaz. hebd.*, septembre 1899.

OBSERVATIONS

Observation I

Due à l'obligeance du professeur Sabrazès.

(*Syndrome appendiculaire aigu pris pour une typhoïde*
Service des contagieux, hôpital d'isolement de Pellegrin de Bordeaux)

Mme H. M., ménagère, 54 ans, entre dans le service d'isolement du professeur Sabrazès le 28 octobre 1930, envoyée par le Dr Chappert avec le diagnostic de fièvre typhoïde. Le début de l'affection remontait à dix-sept jours environ. Jusque-là bien portante, la malade se sentit lasse, courbaturée, fiévreuse; comme elle toussait un peu, elle se croyait, nous dit-elle, atteinte d'une affection pulmonaire bénigne et ne continue pas moins sa vie ordinaire. Le lendemain, les troubles ont augmenté d'intensité avec une température de 39°, la malade dut s'aliter et consulter le Dr Chappert.

Durant deux semaines, état stationnaire, température oscillant aux environs de 38° — 39° 5. Asthénie profonde, constipation tenace, malgré les lavements quotidiens. Pas d'épistaxis, aucun syndrome digestif marqué. Une crise d'étouffement survenue brusquement un soir avec douleur de constriction thoracique nécessitant une piqûre de morphine.

Aucun accident pathologique dans les antécédents : quatre enfants bien portants.

A son admission la malade répondait parfaitement à l'interrogatoire. Température 39° 4; pouls 120; T. A. 7,4; cœur normal. Langue saburrale; anorexie et constipation.

30 *octobre* 1930. — Frisson intense, tremblement, accès de fièvre, se terminant par une transpiration abondante. *Douleur très nette au point de Mac Burney* et disparition de la douleur vésiculaire ressentie la veille. Vaccin anti-colibacillaire; Uroformine à 0,50, n° 2.

Le 1er *novembre* 1930. — Refroidissement intense, grand frisson durant une demi-heure. Légère douleur parasternale, douleur aiguë à la fesse et à la cuisse.

Régime sévère au bouillon de légume, lentilles, pois cassés, café, laitages, boissons sucrées, tisane de Boldo, huile de ricin.

La diazo-réaction et l'hémoculture pendant un accès fébrile (40° 3) étaient entièrement négatives.

Numération globulaire : Hémoglobine 75%
Globules rouges 3.255.000
Globules blancs 34.720

Aucun bacille de Koch dans les crachats.

Pas d'hématozoaires à l'examen du sang au cours d'un accès fébrile.

La trouvant trop faible, la famille la transportait chez elle le 11 novembre 1930, où elle mourut deux heures après en toute lucidité d'esprit.

Observation II

(*Typhoïde confondue avec une appendicite intercurrente*
Semaine Médicale, M. Rendu, 6 février 1901)

S., Emilie, 29 ans, entre à l'hôpital Necker, dans le service de M. Rendu, le 12 novembre 1900 pour une douleur à la fosse iliaque droite avec légère élévation thermique. Nous ne relevons dans ses antécédents qu'une névrite grave soignée il y a huit ans à l'hôpital Bichat, et qui a été le point de départ d'irrégularités menstruelles et de leucorrhée dont elle se plaint encore aujourd'hui.

A son entrée dans le service, la malade se plaint surtout de céphalalgie. La fosse iliaque droite est modérément douloureuse, mais il n'y a pas de météorisme, ni de vomissement. La température est de 39° 5. Le toucher montre du côté droit l'existence d'une trompe légèrement augmentée de volume, ainsi qu'un certain degré de métrite. Le diagnostic posé fut celui de salpingite catarrhale et l'on prescrivit le repos au lit et des injections chaudes. Amélioration rapide les jours suivants. Quatre jours après, tous les accidents avaient disparu, et la température était redevenue normale. Du 16 au 24 novembre, la santé resta absolument bonne; la température était à 37°.

L'appétit était excellent, et la malade devait quitter le service le lendemain, lorsque dans la journée du 24 novembre, elle fut prise brusquement d'un grand frisson avec 39° 6, vomissements, ballonnement du ventre et douleur très vive au voisinage du point de Mac-Burney. Cependant la défense musculaire était nulle, ou à peine marquée. Le lendemain matin, la température était descendue à 37° 8 mais elle atteignit 39° 4 le soir, 40° 6 le lendemain, jour où M. Routier, appelé en consultation, confirma le diagnostic d'appendicite. La malade passa en chirurgie; elle fut opérée le 28 novembre. L'appendice réséqué était de volume normal, légèrement congestionné et contenait « un caillot dans son intérieur ». Pas d'abcès

péri-appendiculaires. Cependant la malade ne parut pas bénéficier de l'intervention. La température resta les jours suivants au voisinage de 40°, l'état général s'aggrava; le météorisme devint excessif, et une diarrhée abondante survint, qui avait fait absolument défaut jusqu'alors.

Le séro-diagnostic, recherché le 3 décembre, fut nettement positif au 1 /50, mais la malade mourut le lendemain. A l'autopsie, les plaques de Peyer étaient profondément ulcérées. Il n'y avait pas de traces de péritonite. Aucune lésion tuberculeuse dans aucun organe. La rate était grosse et diffluente. Le foie et les reins montraient les lésions qu'ils présentent habituellement dans les infections.

Observation III

(*Typhoïde débutant par une crise appendiculaire.*
De Kirkbrige, résumée *in* thèse Moizard).

Il s'agit d'un jeune garçon qui fut pris brusquement de fièvre, de douleurs abdominales et de constipation. On pensa d'abord à une fièvre typhoïde, mais la douleur et la sensibilité du ventre à la pression augmentant, la constipation persistant, le cinquième jour surviennent des vomissements fréquents. Le diagnostic d'appendicite avec obstruction intestinale est porté par deux médecins et un chirurgien. Au septième jour, la température était à 37° 5, le pouls à 130, la respiration à 36, le petit malade vomissait tout ce qu'il prenait et avait des vomissements fécaloïdes.

Après une injection de morphine, puis de strychnine, un lavement purgatif et plusieurs doses de sulfate de magnésie administrées d'heure en heure, une débâcle survint, et à partir de ce moment, la fièvre typhoïde reprit son cours régulier.

Observation IV

(*Perforation de l'appendice au cours d'une fièvre typhoïde.*)
(Société de Chirurgie, 16 déc. 1932)

Ce travail de MM. Moiroud et Avierinos (Marseille) est rapporté par M. Mondor. Les auteurs, intervenant chez une fillette de onze ans, le trente-huitième jour d'une typhoïde, pour des accidents péritonéaux datant de vingt-huit heures, trouvèrent une perforation de l'appendice, enlevèrent l'appendice malade et guérirent leur petite malade. M. Mondor, des faits disparates publiés et mis à part le cas de Widal et Abrami (observation VIII), ne peut tirer aucune statistique de fréquence de ces perforations appendiculaires, ni

conclure s'il s'agit plus souvent d'une appendicite typhique ou d'une appendicite banale au cours d'une dothiénentérie.

Observation V

(*Appendicite perforante sans contracture musculaire*, résumée *in* thèse Siron)

Auguste G..., fermier, 53 ans.

Le 9 décembre 1894, se couche avec de la bronchite, suite d'un refroidissement. Le 12, est pris de douleurs violentes dans l'hypochondre droit. M. le Dr Guillot de Lizy l'examine, porte le diagnostic d'appendicite et propose l'opération.

Le 16, l'état du malade s'aggrave, et l'intervention est acceptée. Le 17 M. le docteur Routier examine le malade. Il a le facies abdominal, les yeux excavés, le nez et les extrémités froids. Le pouls est à 100. Le ventre est uniformément ballonné, mais nulle part « *les muscles ne se contractent* », quoique la sensibilité semble un peu augmentée dans la fosse iliaque droite où l'on ne sent pas de tumeur. L'opération a lieu le jour même. L'appendice est trouvé perforé et baigne dans le pus d'un abcès collecté. Le malade meurt 14 heures après.

Observation VI

(*Appendicite et typhoïde*)

due à l'obligeance du professeur Sabrazès, Service des Contagieux, à Pellegrin

F. Ferdinand, 15 ans, mousse.

Depuis huit jours, température élevée avec coliques intense surtout dans l'hypochondre droit.

1er *décembre* 1933. Syndrome abdominal aigu avec douleur paroxystique à l'hypochondre droit; défense musculaire intense. Vomissements; pouls à 120.

Malade a été opéré d'urgence à la clinique Maritime par le professeur Dufour : découverte d'une péritonite généralisée sans perforation du grêle. Evacuation abondante de pus; drainage et appendicectomie. Comme le malade était en très mauvais état général, on pratiquait un séro-diagnostic : positif pour l'Eberth T, le 5 décembre 1933.

Depuis on l'a admis dans le Service des contagieux à Pellegrin.

Examens : Hémoculture + au T.

Diazo-réaction —

Numération globulaire :

Hémoglobine	90%
Globules rouges	4.320.000
Globules blancs	8.680

Mala de guéri et sorti le 13 janvier 1934.

Observation VII

(*Appendicite débutant par un syndrome d'entéro-colite avec diarrhée in* thèse Siron)

S., employé, 34 ans, malade depuis huit jours environ. M. le Dr Florand le traite pour un embarras gastrique et cela ne l'empêche pas de se rendre à la caserne pour faire ses 28 jours.

12 *octobre* 1895. — A 9 heures du matin en allant à la selle à la caserne, le malade ressent une violente douleur à l'épigastre. Il a presque une syncope et rentre se mettre au lit.

13 *octobre*. — M. le Dr Faisans lui trouve ce matin le ventre ballonné, le pouls misérable, les mains froides, le visage anxieux et la sueur. Ni selle, ni gaz depuis hier matin. Le malade a vomi à plusieurs reprises hier dans la matinée, mais plus rien depuis hier midi. M. Routier voit le malade à 14 heures. La palpation est douloureuse à gauche, les muscles de droite se défendent fort peu.

A 17 *heures*. — L'anesthésie étant complète, la palpation. ne révèle rien de nouveau. La rénitence existe plutôt sur la ligne médiane. Mais par principe, parce que c'est là une péritonite sans cause, M. Routier incise le long du bord externe du grand droit du côté droit. Il trouve des adhérences épiploïques et au-dessous un gros abcès entre les anses. Il coule environ trois quarts de verre de pus phlegmoneux. Après un lavage boriqué soigné, 2 gros drains et des mèches iodoformées sont placés vers l'appendice.

Le pouls, très petit au moment d'opérer, s'est un peu relevé.

Le malade se réveille très vite, reprend toute sa lucidité, mais ses mains restent froides.

14 *octobre*. — Le malade meurt à 6 heures du matin.

Observation VIII

(*Appendicite hémalogène au cours d'une paralyphoïde B.*
(in *La Pratique Médicale Française*, juin 1932, nº 10, H. Mondor)

Cette observation a été rapportée le 22 octobre 1912 par MM. Widal, Abrami, Brissaud et Weissenbach : après 15 jours d'un état typhoïde absolument typique, au cours duquel l'hémoculture décela par deux fois le para B en circulation dans le sang, ces auteurs ont

assisté chez leur malade, à l'éclosion soudaine et à l'évolution suraiguë de phénomènes appendiculaires qui, en moins de 24 heures aboutissaient à la mort. L'autopsie révéla l'absence complète de toute lésion de l'intestin grêle, l'intégrité parfaite de l'appareil lymphoïde de l'iléon; par contre il existait des lésions diffuses du cæcum et de l'appendice. Ce dernier organe était sphacélé et sa perforation avait déterminé une péritonite suraiguë diffuse. Le bacille paratyphique B existait à l'état de culture presque pure dans l'appendice et dans le péritoine.

L'ensemble des constatations effectuées chez leur malade ne laissa aucun doute dans l'esprit de Widal et d'Abrami sur la pathogénie hématogène de cette appendicite.

Observation IX

(*Cas de péritonite par perforation dans une paralyphoïde B ambulatoire* (*A. Pop, Journal de Chirurgie*, avril 1929).

Homme de 51 ans, sans autre antécédent que de vagues douleurs gastriques. Depuis 3 semaines, malaise général avec perte d'appétit, douleurs épigastriques. Quelques frissons le soir, alternative de constipation et de diarrhée. Le malade, cependant, n'a pas interrompu ses occupations.

Brusquement, douleur violente dans la fosse iliaque droite, avec vomissements, fièvre, arrêt des matières et des gaz. Lorsqu'il entre à l'hôpital le surlendemain, le malade est en pleine péritonite avec une température à 39° 9, un pouls à 96, une leucocytose à 8.000, un ventre météorisé tympanique, sauf dans le côté droit où il y a un peu de matité. Rate augmentée de volume à la percussion.

Opération, 72 heures après la perforation : péritonite généralisée. Sur l'iléon, à 12-20 cm. en amont de la valvule iléo-cœcale, perforation large comme un petit pois, au milieu d'une zone épaissie. Extériorisation de l'anse perforée et drainage. Séro-diagnostic négatif pour l'Eberth et le para A, fortement positif pour le para B.

Mort le 4e jour. A l'autopsie, on trouve le para B dans la rate.

Observation X (Personnelle)

(*Appendicite survenue au cours d'une typhoïde grave avec séquelle*) (service du professeur Bégouin, Hôpital St-André).

Mlle D. S., 18 ans, dactylographe, admise le 13 janvier 1934 à la salle 8, lit 16 dans le service du professeur Bégouin pour appendicite. A l'interrogatoire la malade racontait qu'elle était sortie pour une représentation lorsqu'en plein théâtre, vers 22 heures, elle fut prise

brusquement d'une violente douleur en coup de poignard, douleur localisée à la fosse iliaque droite avec perte de connaissance.

La veille du drame abdominal, la malade se plaignait d'un « *vague embarras gastrique* », avec de légères douleurs intestinales, petit malaise et inappétence.

Relevée et transportée chez elle la douleur s'irradiait dans tout le bas ventre et durait jusqu'à 5 heures du matin en diminuant d'intensité. Durant la crise : nausées, température 39° 8, aucun vomissement. Le lendemain, les douleurs ont disparu, et se sentant mieux, la malade s'est levée et reprenait le travail... Malgré cette amélioration apparente, la fosse iliaque proite reste toujours endolorie : la douleur se réveille aux efforts et même à la marche rapide. Depuis, chronicité, de petites crises de 10 à 15 minutes accompagnées de malaise et nausées. Constipation opiniâtre, une selle tous les trois jours.

Antécédents. — En mai-août 1931 : une typhoïde grave avec séquelle cardiaque pour laquelle elle a été traitée dans le Service du professeur Mauriac à l'hôpital Saint-André. Au cours de sa typhoïde, une crise d'appendicite survint. Le professeur Mauriac, devant l'état précaire de la malade, était d'avis de retarder l'opération et conseillait de la glace sur le ventre. Cliniquement guérie de sa typhoïde, la jeune malade avait depuis une appendicite chronique.

Examen. — Palpation douloureuse au point précis de Mac-Burney.

Sensation d'un cordon dur comme un petit doigt.

Cul de sac droit endolori.

15 *janvier* 1934. — Appendicectomie par le professeur Bégouin.

29 *janvier* 1934. — Malade guérie.

Observation XI (Personnelle).

Voici les résultats des Diazo-Réactions d'Ehrlich réalisées au Laboratoire de Pharmacie à l'hôpital du Tondu avec l'urine des appendicites recueillie dans les différents Services de Chirurgie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux.

N° d'ordre	Variétés d'Appendicite	Date	Noms des malades	Sexe	Service de Chirurgie	Salle	Lit	Diazo-réactions d'Ehrlich répétées plusieurs fois
1	Appendicite aigue	16-I-34	D. T.	f.	Dr Rabère	2*bis*	17	négative
2	— refroidie	19-I-34	R. B.	m.	Prof. Charrier	11	30	—
3	— en crise	19-I-34	B. P.	m.	Dr Rabère	2*bis*	12	—
4	— suraigue	20-II-34	A. P.	f.	Prof. Chavannaz	9	8	—
5	— chronique	28-II-34	D. S.	f.	Dr Rabère	11	19	—
6	— aigue	28-II-34	E. B.	f.	Prof. Charrier	8	23	—
7	— aigue	28-II-34	R. L.	m.	Permanence	St-André		—
8	— aigue	14-III-34	J. E.	m.	Prof. Chavannaz	16	34	—
9	— suraigue	17-IV-34	J. F.	m.	Dr Charbonnel	12*bis*	4	—
10	— refroidie	24-IV-34	F. F.	m.	Prof. Chavannaz	16	30	—
11	— chronique	7-V-34	R. C.	m.	—	16	17	—
12	— réchauffée	12-V-34	C. P.	m.	—	16	26	—
13	— chronique	8-VI-34	A. V.	m.	—	16	14	—

Observation XII

Due à l'obligeance du Professeur Sabrazès.

(Service des contagieux à l'hôpital Pellegrin de Bordeaux)

Voici les résultats de la Diazo-Réaction d'Ehrlich (pris au hasard) qui confirment le séro-diagnostic et l'hémoculture des typhiques :

N° d'ordre	Variétés de Typhoïde	Hémoculture	Séro-diagnostic	Noms des malades	Profession	Sexe	Date	Diazo-réaction
1	Typhoïde	+ B	— TAB	J. P.	fem. de ch.	f.	31-III-32	+
2	—	+ B	+ T	M. B.	bouchère	f.	13-II-33	+
3	—	+ T	—	L. C.	chômeur	m.	12-XI-33	+
4	—	—	— T	L. P.	bonne	f.	24-XI-33	+
5	—	+ T	+ T	S. C.	sans prof.	f.	25-XI-33	+
6	—	+ T	— TAB	L. F.	ouvrière	f.	28-XI-33	+
7	—	—	+ T	Y. J..	ménagère	f.	5-XII-33	+
8	Appendicite	+ T	+ T	F. F.	mousse	m.	5-XII-33	+ (V. obs. VI)
9	Typhoïde	+ T	— TAB	Y. G.	domestique	f.	13-XII-33	+
10	—	—	+ T	J. P.	employé	f.	16-XII-33	—
11	—	+ T	+ T	S. P.	journalière	f.	23-I-34	+
12	—	+ T	— TAB	F. M.	ménagère	f.	20-II-34	légèrement +
13	—	+ T	— TAB	L. D.	pharmacien	m.	26-II-34	+
14	—	+ T	— TAB	A. B.	manœuvre	m.	28-II-34	+
15	—	—	— TAB	L. D.	journalière	f.	2-VII-34	+
16	—	—	+ TB	M. C.	bonne	f.	29-IX-34	+
17	—	+ T	+ T	G. P.	ménagère	f.	29-X-34	—
18	—	—	+ TB	T. N.	sans prof.	f.	2-XI-34	+
19	—	—	—	Y. R.	sans prof.	f.	8-XI-34	+
20	—	—	+ T	L. G.	bonne	f.	13-XI-34	—

CONCLUSIONS

I. De nombreuses formes anormales de typhoïde peuvent simuler une appendicite ; on conçoit que le diagnostic différentiel est parfois malaisé.

II. Ce diagnostic différentiel n'est possible que lorsqu'il s'appuie sur :

1° L'analyse attentive des signes cliniques.

2° La diazo-réaction d'Ehrlich.

3° L'examen du sang.

4° L'hémoculture en milieu spécial.

5° Le séro-diagnostic.

Pris isolément, aucun signe n'est pathognomonique ; l'ensemble des éléments cliniques associés aux résultats de laboratoire nous offre de précieuses indications diagnostiques.

III. L'absence de leucocytose et de réticulum fibrineux dans une goutte de sang frais encellulée entre lame et lamelle ainsi que l'inversion de la formule leucocytaire plaident en faveur de la typhoïde.

IV. Le séro-diagnostic, la diazo-réaction d'Ehrlich, l'hémoculture corrélativement positive chez un sujet non vacciné constituent un syndrome très démonstratif de l'existence d'une typhoïde ou d'une paratyphoïde.

V. La diazo-réaction d'Ehrlich, recherchée à l'instigation de M. Sabrazès dans l'appendicite en vue de trouver là,

peut-être un élément de diagnostic différentiel s'est révélée négative dans l'appendicite aiguë (13 cas).

V. Ainsi une diazo-réaction positive chez un malade ayant un syndrome abdominal difficile à interpréter (typhoïde, appendicite ?) plaidera plutôt en faveur de la première éventualité.

VII. Il est vrai que certaines typhoïdes peuvent s'accompagner d'accidents appendiculaires et même d'appendicite véritable. Parmi ces cas, il faut tenir compte des appendicites qui, au point de vue des réactions générales de l'organisme, réalisent un tableau clinique pouvant en imposer pour une typhoïde. Dans ces cas relativement rares, on s'attachera à l'aide des méthodes de laboratoire à préciser le diagnostic sans trop escompter la valeur de la seule diazo-réaction.

VIII. Une appendicite, de quelque nature qu'elle soit, véritable, isolée ou associée, est souvent justiciable d'un traitment chirurgical d'urgence.

Vu :
Le Doyen,
pour le Doyen, l'Assesseur :
J. GUYOT.

Vu, bon à imprimer :
Le Président,
J. SABRAZES.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 21 novembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Broca. — « L'appendicite », *Actualités médicales.*

Bayet. — Thèse, Paris, 1901.

Bernard-Milone. — « Typhlites aiguës et chron. et leurs rapports avec l'appendicite », *Arch. d. Mal. de l'appareil digestif*, nov. 1930.

Bezançon-Widal. — in *Traité de Pathologie* de Bouchard, t. VI.

Boppe. — « A propos d'une observationde typhlo-colite aigue (rapport d'Okinczy », *Bull. et mém. de la Sté nat. de Chir.*, 16 juin 1928.

Brun. — In *Traité des maladies des enfants*, Grancher-Comby-Marfan.

Bouland. — Thèse, Paris, 1899.

Chappel. — Thèse, Toulouse, 1931-1932.

Clavel-M. Widal. — « Séquelles appendiculaires de la typhoïde », in *Lyon Méd.*, 30 avril 1933.

Coulomb. — Thèse, Paris, 1899.

Divaris. — « Un cas d'appendicite typhique », *Renaissance médico-chir.*, nov. 1927.

— « Appendicite pseudo-typhique », *Médecine internat. illustrée*, n° 2, février 1928.

Dieulafoy. — « Cliniques méd. de l'Hôtel-Dieu. Les péritonites de la typhoïde », *Presse méd.*, 28 octobre 1896.

Doyen. — « Pérityphlite et appendicite avec lymphangite péritonéale », *Médecine moderne*, mai 1897.

Ehrlich. — *Zeits für Klin. Medecin*, 1882; *Deutsch. med. Woch*, 1883-1884, *Charite Annalen*, 1883-1886.

Ferrari. — « Deux cas de perforation appendiculaire et intestinale au cours d'une para C », *Bull. et mém. de la Sté nat. de chir., Paris*, 1924, p. 1007-1012.

Faisans. — *Soc. méd. des hôp.*, 24 mars 1900.

Fischler. — « L'Ueber die typhlatomie », *Munch. med. Wochenschrift*, 1911.

Guillaume. — « Appendicite colotyphlite et pérityphlite », *Gaz. des Hôp.*, 1925.

Heze. — *Arch. prov. de méd.*, 1900.

Hayem. — *Du sang.*

Hase. — *The med. news*, 21 juillet 1900.
Jaboulay. — *Lyon méd.*, 1898, n° 88.
Jalaguier. — In *Traité de Chir.*, t. IV.
Lefèbre. — « Typhoïde simulant l'appendicite (*Soc. Chir. de Toulouse*, avril 1928.
Lœper et **Oppenheim**. — « La Diazo-réaction, in *Gaz. des Hôp.*, 25 mai 1901.
Levrey. — Thèse Paris, 1898.
Legueu. — *L'appendicite.*
Lobligeois. — *Soc. de Pédiatrie*, mai 1901.
Massabuau. — « Typhlite aiguë, ses relations avec l'appendicite,» in *Montpellier méd.*, 15 mars 1932.
Moizard. — *Journ. de méd. et de chir. pratiques*, juillet 1899.
Mora (J.). — Thèse de Bordeaux , 1928.
Maurange. — *Gaz. hebd.*, septembre 1899.
Moirou-Aviérinos. — « Perforation appendiculaire au cours d'une typhoïde », *Bull. et Mém. de la Soc. méd. et chir.*, décembre 1931.
Martinet. — Thèse, de Paris, 1891.
Motta-Coco. — *Gaz. méd. di Turino*, 1899, n° 10 et 11.
Muehleck. — *Philadelphie méd. journ.*, 20 mai 1899.
Muhsam. — *Berl. Klin. Woch.*, 1899, n° 31.
Mooris. — *N. Yorw med. Journ.*
Mondor. — *Diagnostic urgent de l'abdomen*, Masson, 1933.
Natin-Mosto. — « Appendicite et typhoïde », *Semana médica*, n° 8.
Nègre-Raynaud. — *Presse méd.*, 1911, p. 680.
Oppenhausen. — *Rev. méd. Suisse*, février 1899.
Paridéans. — « Péri-typhlite d'origine appendiculaire à évolution très compliquée », *Bruxelles méd.*, 1927, p. 133.
Parsons. — « Appendicitis du to Tarillus typhosus », *New-Orleans, med. and Sur.*, t. LXIX, 1927, p. 893-896.
Piquet-Porez. — « Appendicite et typhoïde », *Le Nord méd., Lille*, 1er février 1929, et juin 1929.
Rivier. — *Diazo-Réaction*, thèse, Paris, 1898.
Sergent. — *Presse méd.*, 1899.
— *Bulletin de méd.*, février 1901.
Sabrazès (J.). — *Traité du sang*, t. I et III , publié sous la direction de MM. Gilbert et Weinberg, J. B. Baillère et fils, Paris, 1913 et 1932.
— « Importance de l'examen du sang dans l'appendicite », in *Clinique et Laboratoire*, 20 mai 1933.
Sacquépée. — *Arch. génér. de méd.*, 1902, et *Mélitococcie* in *Maladies infectieuses* de Roger Widal.
Siron. — Thèse, Paris, 1898.
Saint-Jacques. — « De l'appendicite hypertoxique évoluant sous le masque d'entérite infectieuse », *Union méd. du Canada, Montréal*, 1925.

Sonnenburg. — « Pathologie und therapie der peri-typhlitis (Appendicitis simplex and perforativa) » *D. Z. F. Chir.*, Bd., 38, 1894, p. 155.

— « Pathologie und therapie der peri-typhlitis, Appendicitis », 7, *Umgearbeitete Auflage, Leipzig*, 1913.

Trousseau. — *Cliniques médicales.*

Talomon. — *Appendicite.*

Vignard et **Bérard**. — *De l'appendicite.*

Weill-Hallé-Benda. — « Typhoïde à début pseudo-appendicite et évolution atypique », *Semaine des hôp., Paris*, 1925 t. I.

Bordeaux. — Imp. J. Bière, 18, rue du Peugue. — 1934